

2027

Resumen de

Beneficios

Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Prominence Plus (HMO) H7680-001
Prominence Giveback (HMO) H7680-012
Prominence Beyond (HMO-POS) H7680-019

Región Norte de Texas - Planes Estándar

Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter and Randall Counties.

1 de enero, 2027 - 31 de Diciembre, 2027

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "**Evidence of Coverage**." También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, www.prominencemedicare.com.

Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de salud de Medicare (such as Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS)).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

El folleto de Resumen de Beneficios te da un resumen de lo que Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) cubre y lo que usted paga.

- Si quieres comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pide a los otros planes sus folletos del Resumen de Beneficios. O usa el Buscador de Planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su "**Medicare y Usted**" manual. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones en este folleto

- Lo que debe saber sobre Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS)
- Prima mensual, deducible y límites en lo que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille e impresión en letra grande.

La información sobre beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la “**Evidence of Coverage**.” También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, www.prominencemedicare.com.

Este documento puede estar disponible en un idioma diferente al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS)

Horario de atención e información de contacto

- Del 1 de Octubre al 31 de Marzo estamos abiertos de 8 a.m. – 8 p.m., 7 días a la semana
- Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, estamos abiertos de 8 a.m. – 8 p.m., Lunes a Viernes.
- Si eres miembro de este plan, llámenos al 1-855-969-5882, TTY: 711.
- Si no eres miembro de este plan, llámenos al 866-747-8855, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: www.prominencemedicare.com.

¿Quién puede inscribirse?

Para Unirse a Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Las áreas de servicio para Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) incluyen los siguientes condados en Texas: Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter and Randall Counties.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.prominencemedicare.com).

O llámanos y te enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y mas. Algunos de los beneficios adicionales están descritos en este folleto. *more.* Some of the extra benefits are outlined in este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, incluida la quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web,

www.prominencemedicare.com.

- O llámanos y te enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis "niveles." Necesitarás usar tu formulario para localizar en qué nivel está tu medicamento para determinar cuánto te costará. La cantidad que pagas depende del nivel del medicamento y de en qué etapa del beneficio te encuentres. Más adelante en este documento hablamos sobre las etapas del beneficio que ocurren: Cobertura inicial, y Cobertura catastrófica..

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, comuníquese con Prominence Health

2

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Prominence Plus (HMO)

Prominence Giveback
(HMO)Prominence Beyond (HMO-
POS)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES EN LO QUE USTED PAGA POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Plus (HMO). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Giveback (HMO). Usted recibirá un \$140 crédito mensual hacia su prima de la Parte B de Medicare. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Beyond (HMO-POS). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: \$0 deducible	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: \$0 deducible	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: \$0 deducible
Límite máximo de gastos de su bolsillo	Your yearly limit(s) in este plan: \$3,000 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.	Your yearly limit(s) in este plan: \$7,000 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.	Your yearly limit(s) in este plan: \$4,700 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO-POS)
Hospital de pacientes hospitalizados	Dentro de la red: Nivel 1: Días 1-5: \$75 copago por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Nivel 2: Días 1-5: \$250 copago por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.	Dentro de la red: Nivel 1: Días 1-6: \$275 copago por día. Días 7-90: \$0 copago por día. Nivel 2: Días 1-6: \$375 copago por día. Días 7-90: \$0 copago por día. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.	Dentro de la red: Nivel 1: Días 1-5: \$200 copago por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Nivel 2: Días 1-5: \$400 copago por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.
Hospital de pacientes ambulatorios	Dentro de la red: Cuidado de heridas: \$25 copago. Todos los demás servicios: \$350 copago. Servicios de observación: \$125 copago. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Cuidado de heridas: \$25 copago. Todos los demás servicios: \$350 copago. Servicios de observación: \$295 copago. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Cuidado de heridas: \$25 copago. Todos los demás servicios: \$475 copago. Servicios de observación: \$150 copago. Puede requerir autorización previa.
Centro de cirugía ambulatoria	Dentro de la red: Centro de cirugía ambulatoria: \$25 copago. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Centro de cirugía ambulatoria: \$25 copago. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Centro de cirugía ambulatoria: \$25 copago. Puede requerir autorización previa.
Visitas al Consultorio Médico	Dentro de la red: Visita al médico de atención primaria: \$0 copago. Especialista visita: \$25 copago.	Dentro de la red: Visita al médico de atención primaria: \$0 copago. Especialista visita: \$45 copago.	Dentro de la red: Visita al médico de atención primaria: \$0 copago. Especialista visita: \$45 copago. 50% coseguro OON.

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO-POS)
	Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.	Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.	Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.
Atención preventiva (p.ej., vacuna contra la gripe, exámenes de diabetes)	Dentro de la red: \$0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.	Dentro de la red: \$0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.	Dentro de la red: \$0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.
Atención de emergencia	Dentro de la red: \$150 copago por visita. Si es hospitalizado dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$150.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.	Dentro de la red: \$130 copago por visita. Si es hospitalizado dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$130.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.	Dentro de la red: \$130 copago por visita. Si es hospitalizado dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencia en todo el mundo: \$130.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.
Servicios de atención urgente	Dentro de la red: \$30 copago por visita. Atención urgente en todo el mundo: \$30.00, exento si es hospitalizado.	Dentro de la red: \$20 copago por visita. Atención urgente en todo el mundo: \$30.00, exento si es hospitalizado.	Dentro de la red: \$30 copago por visita. Atención urgente en todo el mundo: \$30.00, exento si es hospitalizado.
Servicios de diagnóstico /	Dentro de la red: Pruebas y procedimientos	Dentro de la red: Pruebas y procedimientos	Dentro de la red: Pruebas y procedimientos

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
Laboratorio / Diagnóstico por imágenes	de diagnóstico: \$0 copago. Servicios de laboratorio: \$0 copago. Servicios de radiología diagnóstica (como resonancia magnética, tomografía computarizada): \$60 copago. Rayos X: \$0 copago. Servicios de radioterapia: 20% coseguro. Puede requerir autorización previa.	de diagnóstico: \$0 copago. Servicios de laboratorio: \$0 copago. Servicios de radiología diagnóstica (como resonancia magnética, tomografía computarizada): \$175 copago. Rayos X: \$0 copago. Servicios de radioterapia: 20% coseguro. Puede requerir autorización previa.	de diagnóstico: \$0 copago. Servicios de laboratorio: \$0 copago. Servicios de radiología diagnóstica (como resonancia magnética, tomografía computarizada): \$60 copago. Rayos X: \$0 copago. Servicios de radioterapia: 20% coseguro. Puede requerir autorización previa.
Servicios de audición	Dentro de la red: Examen auditivo cubierto por Medicare: \$10.00 copago. Examen auditivo de rutina: \$0 copago. Audífonos: \$600 en auxiliares auditivos al año (Por oído). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.	Dentro de la red: Examen auditivo cubierto por Medicare: \$10.00 copago. Examen auditivo de rutina: \$0 copago. Audífonos: \$600 en auxiliares auditivos al año (Por oído). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.	Dentro de la red: Examen auditivo cubierto por Medicare: \$10.00 copago. Examen auditivo de rutina: \$0 copago. Audífonos: \$600 en auxiliares auditivos al año (Por oído). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
Servicios dentales - Servicios incluidos	\$2,000 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. Dentro de la red: Servicios dentales preventivos: Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Servicios dentales integrales: Servicios restauradores: mín 0% / máx 50% coseguro Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia	\$750 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. Dentro de la red: Servicios dentales preventivos: Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Servicios dentales integrales: Servicios restauradores: mín 0% / máx 50% coseguro Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia	\$3,050 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. Dentro de la red: Servicios dentales preventivos: Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): \$0 copago Servicios dentales integrales: Servicios restauradores: mín 0% / máx 50% coseguro Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
	endodóntica Periodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías – Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía (1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: mín 10% / máx 50% coseguro Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial: mín 0% / máx 50% coseguro	endodóntica Periodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías – Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía (1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: mín 10% / máx 50% coseguro Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial:	endodóntica Periodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías – Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía (1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: mín 10% / máx 50% coseguro Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial:

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO-POS)
	Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología Puede ser necesario obtener una autorización previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).	mín 0% / máx 50% coseguro Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología Puede ser necesario obtener una autorización previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).	mín 0% / máx 50% coseguro Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología Puede ser necesario obtener una autorización previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (Continuación)

Servicios de Visión	Dentro de la red: Examen de visión cubierto por Medicare: \$30.00 copago. Examen de la vista de rutina: \$0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta \$150 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).	Dentro de la red: Examen de visión cubierto por Medicare: \$30.00 copago. Examen de la vista de rutina: \$0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta \$100 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).	Dentro de la red: Examen de visión cubierto por Medicare: \$30.00 copago. Examen de la vista de rutina: \$0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta \$150 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).
----------------------------	--	--	--

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
Atención de salud mental	Dentro de la red: Visita de terapia grupal ambulatoria: \$10 copago. Visita de terapia individual: \$10 copago. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 copago por día, para los días 1-5. \$0 copago por día para los días 6-90. Hospitalización parcial: \$55 copago. Se requiere autorización previa para los servicios médicos.	Dentro de la red: Visita de terapia grupal ambulatoria: \$30 copago. Visita de terapia individual: \$30 copago. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 copago por día, para los días 1-5. \$0 copago por día para los días 6-90. Hospitalización parcial: \$55 copago. Se requiere autorización previa para los servicios médicos.	Dentro de la red: Visita de terapia grupal ambulatoria: \$10 copago. Visita de terapia individual: \$10 copago. Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 copago por día, para los días 1-5. \$0 copago por día para los días 6-90. Hospitalización parcial: \$55 copago. Se requiere autorización previa para los servicios médicos.
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	Dentro de la red: Días 1-20: \$20 copago por día. Días 21-100: \$221 copago por día. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Días 1-20: \$10 copago por día. Días 21-100: \$221 copago por día. Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Días 1-20: \$10 copago por día. Días 21-100: \$221 copago por día. Puede requerir autorización previa.
Rehabilitación ambulatoria	Dentro de la red: Visita de terapia ocupacional: \$5 copago. Visita de fisioterapia y terapia del lenguaje: \$20 copago. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.	Dentro de la red: Visita de terapia ocupacional: \$10 copago. Visita de fisioterapia y terapia del lenguaje: \$10 copago. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.	Dentro de la red: Visita de terapia ocupacional: \$5 copago. Visita de fisioterapia y terapia del lenguaje: \$10 copago. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.
Ambulancia	Dentro de la red: \$250 copago por trayecto. Un trayecto es el transporte	Dentro de la red: \$325 copago por trayecto. Un trayecto es el transporte	Dentro de la red: \$300 copago por trayecto. Un trayecto es el transporte

Beneficios/ Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO-POS)
	en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. El copago se exime si te admiten en el hospital como paciente interno. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.	en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. El copago se exime si te admiten en el hospital como paciente interno. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.	en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. El copago se exime si te admiten en el hospital como paciente interno. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.
Transporte	Dentro de la red: \$0 copago. Límite de 24 viajes al año a ubicaciones de salud aprobadas por el plan. lated locations. Pueden aplicarse límites de millaje.	Dentro de la red: No cubierto.	Dentro de la red: No cubierto.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Dentro de la red: Para los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. (Insulina, máx. \$35) Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Para los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. (Insulina, máx. \$35) Puede requerir autorización previa.	Dentro de la red: Para los medicamentos de la Parte B, como la quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. (Insulina, máx. \$35) Puede requerir autorización previa.

Beneficios/ Servicios Adicionales	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO-POS)
Atención quiropráctica	Dentro de la red: Atención quiropráctica de rutina: No cubierto. Atención quiropráctica cubierta por Medicare: \$10	Dentro de la red: Atención quiropráctica de rutina: No cubierto. Atención quiropráctica cubierta por Medicare: \$15	Dentro de la red: Atención quiropráctica de rutina: \$20 copago per visit; 12 routine visitas al año. Atención quiropráctica

Beneficios/ Servicios Adicionales	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
	copago.	copago.	cubierta por Medicare: \$10 copago.
Beneficio de acondicionamien to físico	Dentro de la red: \$0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.	Dentro de la red: \$0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.	Dentro de la red: \$0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.
Cuidado de los pies	Dentro de la red: Cuidado de los pies de rutina: No cubierto. Podiatría cubierta por Medicare: \$5 copago.	Dentro de la red: Cuidado de los pies de rutina: No cubierto. Podiatría cubierta por Medicare: \$40 copago.	Dentro de la red: Cuidado de los pies de rutina: No cubierto. Podiatría cubierta por Medicare: \$5 copago.
Equipo médico/Suminist ros	Dentro de la red: Equipo médico duradero y prótesis: 20% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: 0% coseguro. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa.	Dentro de la red: Equipo médico duradero y prótesis: 20% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: 0% coseguro. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa.	Dentro de la red: Equipo médico duradero y prótesis: 20% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: 0% coseguro. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa.
Visitas médicas virtuales / Telemedicina	Dentro de la red: \$0 copago por visita. Consulte a un proveedor de atención primaria o salud conductual a través de telemedicina usando su computadora o dispositivo móvil mediante Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).	Dentro de la red: \$0 copago por visita. Consulte a un proveedor de atención primaria o salud conductual a través de telemedicina usando su computadora o dispositivo móvil mediante Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).	Dentro de la red: \$0 copago por visita. Consulte a un proveedor de atención primaria o salud conductual a través de telemedicina usando su computadora o dispositivo móvil mediante Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).
Tarjeta de	Dentro de la red:	Dentro de la red:	Dentro de la red:

Beneficios/ Servicios Adicionales	Prominence Plus (HMO)	Prominence Giveback (HMO)	Prominence Beyond (HMO- POS)
beneficios adicionales	\$125 por trimestre para medicamentos de venta libre (OTC) y suministros. Los productos OTC están disponibles a través de catálogos, ciertos minoristas en tienda o en línea en andmorehealth.com. Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente período.	OTC: No cubierto.	OTC: No cubierto.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios/ Servicios

Prominence Plus (HMO)

Prominence Giveback
(HMO)

Prominence Beyond (HMO-
POS)

Deducible

Deducible de
medicamentos
recetados:

Deducible de medicamentos
con receta: \$0 deducible

Deducible de medicamentos
con receta: \$0 deducible

Deducible de medicamentos
con receta: \$0 deducible

Cobertura inicial

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de su bolsillo alcancen \$2,400. Luego pasa a la Etapa de Cobertura catastrófica.

	Standard Retail Cost-Sharing	Standard Retail Cost-Sharing	Standard Retail Cost-Sharing
Tier	One-month supply	One-month supply	One-month supply
Tier 1 (Preferred Generic)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Tier 2 (Generic)	\$12 copago	\$11 copago	\$15 copago
Tier 3 (Preferred Brand)	\$45 copago	25% coseguro	\$47 copago
Tier 4 (Non-Preferred Drug)	\$100 copago	35% coseguro	\$100 copago
Tier 5 (Specialty Tier)	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro
Tier 6 (Select Care Drugs)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
	Standard Mail Order	Standard Mail Order	Standard Mail Order
Tier	Three-month supply	Three-month supply	Three-month supply
Tier 1 (Preferred Generic)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Tier 2 (Generic)	\$24 copago	\$33 copago	\$30 copago
Tier 3 (Preferred Brand)	\$135 copago	25% coseguro	\$141 copago
Tier 4 (Non-Preferred Drug)	\$300 copago	35% coseguro	\$300 copago

Tier 5 (Specialty Tier)	33% coseguro	33% coseguro	33% coseguro
Tier 6 (Select Care Drugs)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Tu costo compartido puede ser diferente si usas una farmacia de cuidado a largo plazo, o una farmacia fuera de la red, o si compras un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento. Por favor, llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web. para obtener información completa sobre sus costos de medicamentos cubiertos. www.prominencemedicare.com			
Monto catastrófico Durante esta etapa, el plan paga el costo total de sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos.			

AVISOS LEGALES

Este documento es available in other alternate formats.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, de manera gratuita. Llame al 1-855-969 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) son planes HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS) depends on contract renewal.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Limitations, copagos, and restrictions may apply. Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero of each year.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Prominence Health, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor nos solicite una determinación de organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame al número de Servicios para Miembros o consulte su "Evidencia de Cobertura" para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red.

Health coverage es offered by Prominence Healthfirst of Texas.

Pre-Enrollment Checklest

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas.

Comprender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise esta información antes de inscribirse. www.prominencemedicare.com
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red.
- ☐ Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado forme parte de nuestra red de farmacias.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Understanding Important Rules

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su beneficio del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos, hospitales u otros proveedores que no están en nuestra red).

Conectate con nosotros

Información de contacto:

Organization Name: Prominence Health

Sitio web de la organización: prominencemedicare.com