

Resumen de beneficios 2026

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Prominence Plus (HMO) H7680-001

Devolución de beneficios de Prominence (HMO) H7680-012

Prominencia más allá (HMO-POS) H7680-019

Región del Norte de Texas - Planes estándar

Condados de Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall.

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre beneficios que se proporciona 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 " **Evidencia de Cobertura** ". También puede consultar la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web, www.prominencemedicare.com.

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 (como **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Giveback (HMO)** y **Prominence Beyond (HMO-POS)**).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubren **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Giveback (HMO)** y **Prominence Beyond (HMO-POS)** y lo que usted paga.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los demás planes sus folletos de Resumen de Beneficios. O bien, utilice 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 manual "**Medicare y Usted**" vigente . Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

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

Este documento está disponible en otros formatos como Braille y letra grande.

Este documento podría estar disponible en un idioma distinto del inglés. Para obtener más información, 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 8:00 a 20:00 horas, 7 días a la semana.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-855-969-5882, TTY: 711.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 866-747-8855, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: www.prominencemedicare.com.

¿Quién puede unirse?

Para afiliarse 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 residir en nuestra área de cobertura. Las áreas de cobertura de **Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS)** incluyen los siguientes condados de Texas: Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?

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 pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra estos servicios.

Por lo general, debe utilizar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D.

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

O llámenos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y *más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en 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 llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis niveles. Deberá consultar su formulario para encontrar el nivel de su medicamento y determinar su costo. El monto que paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio en la que se encuentre. Más adelante en este documento, explicamos las etapas del beneficio: 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)**

**Devolución de
beneficios de
Prominence (HMO)**

**Prominencia más allá
(HMO-POS)**

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

<p>Plan mensual premium</p>	<p>No paga una prima mensual aparte para Prominence Plus (HMO). Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>No paga una prima de plan mensual separada para Prominence Giveback (HMO). Recibirá un crédito mensual de \$130 para su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>	<p>No paga una prima mensual aparte para Prominence Beyond (HMO-POS). Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>
<p>Deducible</p>	<p>Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos recetados: \$0</p>	<p>Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos recetados: \$0</p>	<p>Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos recetados: \$0</p>
<p>Máxima responsabilidad de desembolso personal</p>	<p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$3,000 por servicios que reciba de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de costos de bolsillo, continuará recibiendo servicios médicos y</p>	<p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$6,200 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de costos de bolsillo, continuará recibiendo servicios médicos y</p>	<p>Sus límites anuales en este plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4,700 por servicios que recibe de proveedores dentro de la red. <p>Si alcanza el límite de costos de bolsillo, continuará recibiendo servicios médicos y</p>

	hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.	hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.	hospitalarios cubiertos y pagaremos el costo total por el resto del año.
--	--	--	--

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Hospital para pacientes hospitalizados	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Nivel 1:</u> Días 1-5: copago de \$75 por día. Días 6-90: \$0 copago por día.</p> <p><u>Nivel 2:</u> Días 1-5: copago de \$250 por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Su médico debe notificar al plan cuando usted sea admitido.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Nivel 1:</u> Días 1-6: copago de \$250 por día. Días 7-90: \$0 copago por día.</p> <p><u>Nivel 2:</u> Días 1-6: copago de \$375 por día. Días 7-90: \$0 copago por día. Su médico debe notificar al plan cuando usted sea admitido.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Nivel 1:</u> Días 1-5: copago de \$150 por día. Días 6-90: \$0 copago por día.</p> <p><u>Nivel 2:</u> Días 1-5: copago de \$350 por día. Días 6-90: \$0 copago por día. Su médico debe notificar al plan cuando usted sea admitido.</p>
Hospital ambulatorio	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Hospital ambulatorio: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Cirugía ambulatoria: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Servicios de observación: copago de \$125. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Hospital ambulatorio: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Cirugía ambulatoria: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Servicios de observación: copago de \$295. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Hospital ambulatorio: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Cirugía ambulatoria: copago de \$25 Nivel 1 / \$350 Nivel 2. Servicios de observación: copago de \$150. Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Centro de Cirugía Ambulatoria	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$25</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$25</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro de cirugía ambulatoria: copago de \$25</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Visitas al consultorio médico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$0</p> <p>Visita al especialista: copago de \$25.</p> <p>Es posible que se requieran derivaciones y autorización previa para visitas a especialistas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$0</p> <p>Visita al especialista: copago de \$45.</p> <p>Es posible que se requieran derivaciones y autorización previa para visitas a especialistas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita al médico de atención primaria: copago de \$0</p> <p>Visita al especialista: Copago de \$50</p> <p>Coaseguro del 50 %</p> <p>Copago fuera de línea.</p> <p>Es posible que se requieran derivaciones y autorización previa para visitas a especialistas.</p>
Atención preventiva (por ejemplo, vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido.</p> <p>Se cubrirá cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Atención de emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$150 por visita.</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia mundial: copago de \$150.</p> <p>La cobertura máxima anual de \$25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$130 por visita.</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia mundial: copago de \$130.</p> <p>La cobertura máxima anual de \$25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$130 por visita.</p> <p>Si lo ingresan al hospital dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura de emergencia mundial: copago de \$130.</p> <p>La cobertura máxima anual de \$25,000 aplica para servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye procedimientos planificados.</p>
Servicios urgentemente necesarios	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$30 por visita.</p> <p>Copago de \$30 por una visita urgente fuera de los Estados Unidos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$20 por visita.</p> <p>Copago de \$30 por una visita urgente fuera de los Estados Unidos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$30 por visita.</p> <p>Copago de \$30 por una visita urgente fuera de los Estados Unidos.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Servicios de diagnóstico / Laboratorios / Imágenes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía computarizada): copago de \$60</p> <p>Radiografías: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía computarizada): copago de \$125</p> <p>Radiografías: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancia magnética, tomografía computarizada): copago de \$60</p> <p>Radiografías: copago de \$0</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como tratamiento de radiación para el cáncer): 20% del costo total.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Servicios de audición	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$10</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p> <p>Audífono: \$600 para audífonos por año (por oído).</p> <p>Los miembros deben utilizar la red</p> <p>TruHearing para la compra de audífonos y exámenes de rutina.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$10</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p> <p>Audífono: \$600 para audífonos por año (por oído).</p> <p>Los miembros deben utilizar la red</p> <p>TruHearing para la compra de audífonos y exámenes de rutina.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio: copago de \$10</p> <p>Examen de audición de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p> <p>Audífono: \$600 para audífonos por año (por oído).</p> <p>Los miembros deben utilizar la red</p> <p>TruHearing para la compra de audífonos y exámenes de rutina.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Servicios dentales – Servicios incluidos	<p>Límite combinado de \$2,000 por año, cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): Copago de \$0 • Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0 <p>Servicios Dentales Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: coseguro del 10% al 50% • Endodoncia: 50% de coseguro 	<p>Límite combinado de \$1,000 por año, cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): Copago de \$0 • Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0 <p>Servicios Dentales Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: coseguro del 10% al 50% • Endodoncia: 50% de coseguro 	<p>Límite combinado de \$4,000 por año, cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p> <p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): Copago de \$0 • Limpieza (hasta 2 visitas al año): \$0 de copago • Tratamiento con flúor (hasta 2 visitas al año): copago de \$0 <p>Servicios Dentales Integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: coseguro del 10% al 50% • Endodoncia: 50% de coseguro

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia: coseguro del 10% al 50% • Prótesis: coseguro del 10% al 50% • Cirugía Oral y Maxilofacial: Coaseguro del 10% al 50% • Servicios generales complementarios: coseguro del 10% al 50% <p>Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental. (consulte el EOC para obtener más detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia: coseguro del 10% al 50% • Prótesis: coseguro del 10% al 50% • Cirugía Oral y Maxilofacial: Coaseguro del 10% al 50% • Servicios generales complementarios: coseguro del 10% al 50% <p>Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental. (consulte el EOC para obtener más detalles).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodoncia: coseguro del 10% al 50% • Prótesis: coseguro del 10% al 50% • Cirugía Oral y Maxilofacial: Coaseguro del 10% al 50% • Servicios generales complementarios: coseguro del 10% al 50% <p>Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental. (consulte el EOC para obtener más detalles).</p>

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (Continuación)

Servicios de visión	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de glaucoma): copago de \$30</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de glaucoma): copago de \$30</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos (incluida la prueba anual de glaucoma): copago de \$30</p> <p>Examen de la vista de rutina (hasta 1 visita(s) por año): Copago de \$0.</p>
----------------------------	--	--	--

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
	<p>Gafas (monturas y lentes):</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$225 cada año por anteojos.</p> <p>Debe utilizar la red de proveedores de servicios de visión de National Vision Administrators (NVA).</p>	<p>Gafas (monturas y lentes):</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$200 cada año por anteojos.</p> <p>Debe utilizar la red de proveedores de servicios de visión de National Vision Administrators (NVA).</p>	<p>Gafas (monturas y lentes):</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$300 cada año por anteojos.</p> <p>Debe utilizar la red de proveedores de servicios de visión de National Vision Administrators (NVA).</p>
Atención de salud mental	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$10</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$10</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 por día Copago de los días 1 a 5</p> <p>Hospitalización parcial: copago de \$55</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$30</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$30</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 por día Copago de los días 1 a 5</p> <p>Hospitalización parcial: copago de \$55</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Visita de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$10</p> <p>Visita de terapia individual: copago de \$10</p> <p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: \$330 por día Copago de los días 1 a 5</p> <p>Hospitalización parcial: copago de \$55</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1-20: copago de \$20 por día.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1-20: copago de \$10 por día.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Días 1-20: copago de \$10 por día.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
	Días 21-100: copago de \$218 por día. Puede requerir autorización previa.	Días 21-100: copago de \$218 por día. Puede requerir autorización previa.	Días 21-100: copago de \$218 por día. Puede requerir autorización previa.
Rehabilitación ambulatoria	<u>Dentro de la red:</u> Visita de terapia ocupacional: copago de \$5 Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10 Se requiere autorización previa para visitas superiores a 12 al año.	<u>Dentro de la red:</u> Visita de terapia ocupacional: copago de \$10 Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10 Se requiere autorización previa para visitas superiores a 12 al año.	<u>Dentro de la red:</u> Visita de terapia ocupacional: copago de \$5 Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10 Se requiere autorización previa para visitas superiores a 12 al año.
Ambulancia	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$250 por segmento. Un segmento consiste en el transporte en ambulancia al centro médico más cercano. No se aplica copago si ingresa al hospital como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$325 por segmento. Un segmento consiste en el transporte en ambulancia al centro médico más cercano. No se aplica copago si ingresa al hospital como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.	<u>Dentro de la red:</u> Copago de \$300 por segmento. Un segmento consiste en el transporte en ambulancia al centro médico más cercano. No se aplica copago si ingresa al hospital como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago.</p> <p>Límite de 96/año Viajes de ida a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan.</p> <p>Pueden aplicarse límites de kilometraje.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No cubierto</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No cubierto</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total.</p> <p>(Máximo \$35 por insulina)</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total.</p> <p>(Máximo \$35 por insulina)</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Para medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total.</p> <p>(Máximo \$35 por insulina)</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/servicios adicionales	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Atención quiropráctica	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: no cubierta.</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$10.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: no cubierta</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$15.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: copago de \$20 por visita; 12 visitas de rutina por año.</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$10.</p>
Beneficio de fitness	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por mes.</p> <p>Debe utilizar el gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por mes.</p> <p>Debe utilizar el gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por mes.</p> <p>Debe utilizar el gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>
Cuidado de los pies	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cuidado rutinario de los pies: No cubierto.</p> <p>Podología cubierta por Medicare: copago de \$5.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cuidado rutinario de los pies: No cubierto.</p> <p>Podología cubierta por Medicare: copago de \$40.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cuidado rutinario de los pies: Copago de \$20 por visita; 12 visitas de rutina por año.</p> <p>Podología cubierta por Medicare: copago de \$5.</p>

Beneficios/servicios adicionales	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Equipos/suministros médicos	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipos médicos duraderos y prótesis: coaseguro del 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: 0 % de coseguro</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas cubiertos son productos Contour. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipos médicos duraderos y prótesis: coaseguro del 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: 0 % de coseguro</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas cubiertos son productos Contour. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipos médicos duraderos y prótesis: coaseguro del 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: 0 % de coseguro</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas cubiertos son productos Contour. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>
Visitas médicas virtuales Telemedicina	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por visita.</p> <p>Consulte con un profesional de atención primaria o de salud conductual desde su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por visita.</p> <p>Consulte con un profesional de atención primaria o de salud conductual desde su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$0 copago por visita.</p> <p>Consulte con un profesional de atención primaria o de salud conductual desde su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte la EOC para más detalles).</p>
Tarjeta de beneficios adicionales	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$95 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).</p> <p>Los saldos no utilizados no se trasladan al siguiente período.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>No cubierto</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$130 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).</p> <p>Los saldos no utilizados no se trasladan al siguiente período.</p>

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Devolución de beneficios de Prominence (HMO)	Prominencia más allá (HMO-POS)
Deducible Deducible de medicamentos recetados:	\$0 deducible	\$0 deducible	\$0 deducible
<p>Cobertura inicial</p> <p>Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,100. Luego, pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica.</p>			
	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido minorista estándar	Costo compartido minorista estándar
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para un mes	Suministro para un mes
Nivel 1 (Genérico Preferido)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
Nivel 2 (Genérico)	copago de \$12	copago de \$15	copago de \$15
Nivel 3 (marca preferida)	copago de \$45	Coaseguro del 25%	copago de \$47
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	copago de \$100	Coaseguro del 50%	copago de \$100
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33% de coseguro	33% de coseguro	33% de coseguro
Nivel 6 (Medicamentos para atención selecta)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago
	Pedido por correo estándar	Pedido por correo estándar	Pedido por correo estándar
Nivel	Suministro para tres meses	Suministro para tres meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico Preferido)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago

Nivel 2 (Genérico)	copago de \$24	copago de \$45	copago de \$30
Nivel 3 (marca preferida)	copago de \$135	Coaseguro del 25%	copago de \$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	copago de \$300	Coaseguro del 50%	copago de \$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	No aplicable	No aplicable	No aplicable
Nivel 6 (Medicamentos para atención selecta)	\$0 copago	\$0 copago	\$0 copago

Su costo compartido puede ser diferente si utiliza una farmacia de atención a largo plazo, o una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Llámenos o consulte la **“Evidencia de cobertura” del plan** en nuestro sitio web (www.prominencemedicare.com) para obtener información completa sobre los costos de los medicamentos cubiertos.

Cantidad catastrófica

Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos por la Parte D.

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

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

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libres 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 contrato con Medicare. La inscripción en **Prominence Plus (HMO), Prominence Giveback (HMO) y Prominence Beyond (HMO-POS)** depende de la renovación del contrato.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

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/sin contrato no tienen la obligación de atender a los miembros de Prominence Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para decidir si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su "Evidencia de Cobertura" para obtener más información, incluyendo los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

La cobertura de salud es ofrecida por Prominence Healthfirst of Texas.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre su inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente al 1-855-969-5882 (TTY 711).

Entendiendo los beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite www.prominencemedicare.com o llame al 1-855-969-5882 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red. Si no están en la lista, probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- 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).

Conéctate con nosotros

Información de contacto: 1-855-969-5882 (TTY:711)

Nombre de la organización: Prominence Health

Sitio web de la organización : prominencemedicare.com