



RESUMEN DE BENEFICIOS 2019

Beneficios efectivos a Enero 1, 2019

Prominence Plus Medicare Advantage HMO Plans

Región del Norte de Nevada

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

2019 RESUMEN *de* BENEFICIOS

Prominence Plus (HMO)

H5945, Planes 001 (Northern Nevada) y 002 (Washoe)

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan para el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que paga. No enumera cada servicio que cubrimos ni enumera cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite el folleto de *Evidencia de Cobertura 2019 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 2019* en ProminenceMedicare.com.

Los planes Prominence Plus (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en su red, el plan puede no pagar por estos servicios.

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

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

H5945-001 (Northern Nevada): Carson City, Douglas, Lyon, Storey

H5945-002 (Washoe): Washoe

Para cobertura y costos de Original Medicare, busque en su folleto actual *Medicare y Usted*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día los siete días de la semana.

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

Para obtener más información llame al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) El horario es desde las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes desde 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas. También puede visitarnos en ProminenceMedicare.com.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
Primas mensuales del plan	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Debe seguir pagando la prima de su Medicare Parte B.
Prima mensual para <u>cobertura dental</u> opcional complementaria preventiva y completa	Usted paga \$29.00 (si selecciona la cobertura dental complementaria preventiva y completa).	Usted paga \$29.00 (si selecciona la cobertura dental complementaria preventiva y completa).	Esta prima solo aplica si selecciona la cobertura dental complementaria opcional.
Deducible	Usted paga un deducible de \$50 (si selecciona la cobertura dental complementaria).	Usted paga un deducible de \$50 (si selecciona la cobertura dental complementaria).	Estos planes no tienen deducibles para servicios médicos.
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (No incluye los costos de medicamentos recetados)	\$4,900 anualmente.	\$4,900 anualmente.	Esto es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos bajo Medicare Partes A y B por el año.
Cobertura hospitalaria de pacientes hospitalizados	Usted paga \$335 de copago por día por los días 1 a 5; Copago de \$0 por día por los días 6 a 90.	Usted paga \$335 de copago por día por los días 1 a 5; Copago de \$0 por día por los días 6 a 90.	Nuestros planes cubren un número ilimitado de días para una estadía hospitalaria. Su médico debe notificar al plan cuando usted es admitido.
Cobertura hospitalaria de pacientes ambulatorios. <ul style="list-style-type: none">Cirugía ambulatoria u otros servicios recibidos en un ambiente hospitalario ambulatorio.	Usted paga un copago de \$50 por el tratamiento cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados. Usted paga un copago de \$375 por servicios hospitalarios ambulatorios.	Usted paga un copago de \$50 por el tratamiento cuidado de heridas en consultorios de proveedores, centros quirúrgicos ambulatorios o centros de cuidado de heridas contratados. Usted paga un copago de \$375 por servicios hospitalarios ambulatorios.	Se necesita una autorización para los servicios ambulatorios y de observación.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none">Atención de observación	Usted paga un copago de \$350 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.	Usted paga un copago de \$350 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.	
Visitas médicas <ul style="list-style-type: none">Proveedores de atención primariaEspecialistas	Usted paga \$0 por cada visita de atención primaria. Usted paga un copago de \$50 por cada visita a especialista.	Usted paga \$0 por cada visita de atención primaria. Usted paga un copago de \$50 por cada visita a especialista.	No es necesario que lo deriven para visitas al especialista.
Atención preventiva	Usted paga \$0 por servicios preventivos de Original Medicare que se ofrecen a un costo compartido de \$0 (consultar la lista a continuación). Hay otros servicios preventivos cubiertos que tienen un copago.	Usted paga \$0 por servicios preventivos de Original Medicare que se ofrecen a un costo compartido de \$0 (consultar la lista a continuación). Hay otros servicios preventivos cubiertos que tienen un copago.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato será cubierto. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4: "Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)" en la <i>Evidencia de Cobertura 2019</i> .
Servicios preventivos cubiertos por Medicare sin copago:			
<ul style="list-style-type: none"> Detección de aneurisma aórtico abdominal Visita de bienestar anual Densitometría Detección de cáncer de mama (mamografías) Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular) Pruebas de enfermedad cardiovascular Detección de cáncer vaginal y cervical Detección de cáncer colorrectal (sigmoidoscopia flexible, prueba de sangre oculta en heces, prueba inmunoquímica fecal) Detección de depresión Detección de diabetes 			

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Detección de VIH • Inmunizaciones (vacunas para la neumonía, influenza y Hepatitis B) • Terapia de nutrición médica • Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés) • Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida • Exámenes de detección de cáncer de próstata para hombres de 50 años a más • Detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol • Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) • Detección de infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés) y asesoramiento para prevenir las STI • Dejar de fumar y de usar tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco) • Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" 			
Atención en la sala de emergencias	Usted paga un copago de \$90 por visita.	Usted paga un copago de \$90 por visita.	No se aplicará el copago si es admitido al hospital como un paciente hospitalizado por la misma condición dentro de tres días de una visita de atención de emergencia.
Servicios necesarios con urgencia	Usted paga un copago de \$35 por visita.	Usted paga un copago de \$35 por visita.	No se aplicará el copago si es admitido al hospital como un paciente hospitalizado por la misma condición dentro de tres días de una visita de atención de urgencia.
Servicios de diagnóstico / laboratorio / imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos / pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio 	Usted paga \$0 por procedimientos / pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio	Usted paga \$0 por procedimientos / pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio	Si recibe muchos servicios en el mismo centro el mismo día, solo aplica un copago.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías CT, imágenes por resonancia magnética) • Servicios radiológicos terapéuticos • Rayos X ambulatorios 	<p>Usted paga un copago de \$225 por servicios de diagnóstico radiológico como tomografías CT e imágenes por resonancia magnética.</p> <p>Usted paga un pago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de rayos X.</p>	<p>Usted paga un copago de \$225 por servicios de diagnóstico radiológico como tomografías CT e imágenes por resonancia magnética.</p> <p>Usted paga un pago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de rayos X.</p>	Se necesita de una autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y para servicios de laboratorio de pruebas genéticas.
Servicios de audición	<p>Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Hay un examen anual cubierto.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Beneficio de audífono: Usted paga del 44 al 66% del costo total, dependiendo del nivel de tecnología de los audífonos seleccionados.</p>	<p>Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Hay un examen anual cubierto.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Beneficio de audífono: Usted paga del 44 al 66% del costo total, dependiendo del nivel de tecnología de los audífonos seleccionados.</p>	<p>Aplica un monto máximo de cobertura anual de \$500 para audífonos (por oído).</p> <p>El gasto de bolsillo del miembro por audífonos varía según el nivel de tecnología seleccionado.</p> <p>No se necesitan de autorizaciones previas ni derivaciones.</p>
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.	No se necesitan de autorizaciones previas ni derivaciones.
Servicios dentales (opcional preventivo y completo)	Puede seleccionar cobertura dental complementaria opcional (aplica prima mensual).	Puede seleccionar cobertura dental complementaria opcional (aplica prima mensual).	\$1,000 de monto de cobertura anual máximo por año para servicios dentales que no son de Medicare Parte A y Parte B.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
Servicios dentales (opcional preventivo y completo) continuación	<p>Los servicios preventivos opcionales cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> limpieza dental, una vez cada seis meses examen oral, una vez al año rayos X dentales, una vez al año <p>Usted paga 20% del costo total de la visita.</p> <p>Los servicios completos opcionales cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> servicios de reparación endodoncia periodoncia extracciones prostodoncia otras cirugías orales / maxilofaciales otros servicios. <p>Usted paga un deducible de \$50 por servicios dentales que no son de Medicare Parte A y Parte B.</p>	<p>Los servicios preventivos opcionales cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> limpieza dental, una vez cada seis meses examen oral, una vez al año rayos X dentales, una vez al año <p>Usted paga 20% del costo total de la visita.</p> <p>Los servicios completos opcionales cubiertos pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> servicios de reparación endodoncia periodoncia extracciones prostodoncia otras cirugías orales / maxilofaciales otros servicios. <p>Usted paga un deducible de \$50 por servicios dentales que no son de Medicare Parte A y Parte B.</p>	<p>No se necesitan de autorizaciones previas ni derivaciones.</p> <p>Llame al Plan para obtener más información.</p>
Servicios para la visión	<p>Usted paga un copago de \$35 por exámenes oculares cubiertos por Medicare, incluida una detección anual de glaucoma.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por exámenes de la vista rutinarios. Hay un examen anual cubierto.</p>	<p>Usted paga un copago de \$35 por exámenes oculares cubiertos por Medicare, incluida una detección anual de glaucoma.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por exámenes de la vista rutinarios. Hay un examen anual cubierto.</p>	<p>No se necesitan de autorizaciones previas ni derivaciones.</p> <p>Después de una cirugía de catarata, Medicare ayuda a pagar por un par lentes / anteojos correctivos o un par de lentes de contacto. Usted es responsable del 20%</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber	
Servicios para la visión continuación	<p>Usted paga el 20% del costo total por anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$150 por gafas (anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto).</p>	<p>Usted paga el 20% del costo total por anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de catarata.</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$150 por gafas (anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto).</p>	<p>del coseguro por los lentes correctivos y de cualquier costo adicional por mejoras. Usted es responsable del 100% de cualquier servicio no cubierto.</p>	
Servicios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Visitas como paciente hospitalario Visitas de terapia ambulatoria Hospitalización parcial 	<p>Usted paga \$330 de copago por día, días 1 a 5;</p> <p>Copago de \$0 por día, días 6 a 90 por estadías hospitalizadas de salud mental.</p> <p>Para el uso de días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (usados si una estadía hospitalizada por servicios salud mental dura más de 90 días por periodo de beneficio), usted paga un copago de \$330 por día, por los días 1 a 5;</p> <p>Copago de \$0 por día, los días 6 a 60.</p>	<p>Usted paga \$330 de copago por día, días 1 a 5;</p> <p>Copago de \$0 por día, días 6 a 90 por estadías hospitalizadas de salud mental.</p> <p>Para el uso de días de reserva de por vida cubiertos por Medicare (usados si una estadía hospitalizada por servicios salud mental dura más de 90 días por periodo de beneficio), usted paga un copago de \$330 por día, por los días 1 a 5;</p> <p>Copago de \$0 por día, los días 6 a 60.</p>	<p>Para estadías hospitalarias de atención de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando usted es admitido.</p> <p>Es necesaria la autorización previa para sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no es necesaria la autorización previa para servicios especializados de salud mental de un proveedor no médico.</p> <p>Es necesaria la autorización previa para servicios de hospitalización parcial.</p>
	<p>Usted paga \$40 de copago por sesiones de salud mental individuales o grupales.</p> <p>Usted paga \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>Usted paga \$40 de copago por sesiones de salud mental individuales o grupales</p> <p>Usted paga \$55 de copago por día por servicios de hospitalización parcial.</p>		

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
Centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago por día, días 1 a 20; Copago de \$170 por día, días 21 – 100.	Usted paga \$0 de copago por día, días 1 a 20; Copago de \$170 por día, días 21 – 100.	Se requiere autorización previa.
Terapia física	Usted paga un copago de \$40 por visita.	Usted paga un copago de \$40 por visita.	Se requiere autorización previa.
Ambulancia	Usted paga un copago de \$300 por tramo de transporte.	Usted paga un copago de \$300 por tramo de transporte.	Aplica un copago por tramo. Un tramo es transporte en ambulancia a la instalación apropiada más cercana. Se incurre en otro tramo si el beneficiario luego es transportado en ambulancia a otra instalación. Se requiere de autorización previa para transporte que no es de emergencia. El copago no se aplica si es admitido en el hospital.
Transporte	Sin cobertura.	Sin cobertura.	
Medicamentos de Medicare Parte B	Usted paga el 20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Usted paga el 20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Se requiere de autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B con un costo mayor a \$100.
Examen físico anual	Usted paga \$0 por el examen físico anual.	Usted paga \$0 por el examen físico anual.	Usted paga el monto del costo compartido del plan por exámenes de detección y / o pruebas de diagnóstico recibidos en preparación para esta visita u ordenados como resultado de esta visita.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios	Usted paga un copago de \$300 por servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga un copago de \$300 por servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.	Se requiere autorización previa.
Equipos / suministros médicos	Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero.	Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero.	Se necesita de autorización previa para artículos con un precio de compra mayor a \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado.
<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (por ejemplo, férulas y miembros artificiales) y suministros médicos Insumos para diabéticos 	Usted paga el 20% del costo total de los dispositivos de prótesis y suministros médicos.	Usted paga el 20% del costo total de los dispositivos de prótesis y suministros médicos.	Se necesita de autorización previa para dispositivos / suministros con un precio de compra mayor a \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado.
	Usted paga el 0% del costo total de suministros para diabéticos, incluidos medidores y tiras reactivas.	Usted paga el 0% del costo total de suministros para diabéticos, incluidos medidores y tiras reactivas.	Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR® fabricados por Ascensia Diabetes Care. Los productos de marcas alternativas no están cubiertos a menos que se apruebe una solicitud de autorización previa.
	Usted paga el 20% del costo total de zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos.	Usted paga el 20% del costo total de zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos.	
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Usted paga un copago de \$50 por servicios de podología cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$50 por servicios dentales cubiertos por Medicare.	No está cubierto el cuidado de los pies de rutina.
Acupuntura	Usted paga un copago de \$20 por visita.	Usted paga un copago de \$20 por visita.	Se necesita de autorización previa para todas las visitas adicionales a 12 al año.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002	Lo que debe saber
Atención quiropráctica • Manipulación de la columna para corregir subluxación	Usted paga un copago de \$20 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Usted paga un copago de \$20 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Se necesita de autorización previa para todas las visitas adicionales a 12 al año.
Beneficio de acondicionamiento físico (membresía en centros de acondicionamiento físico)	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Una membresía sin costo en un centro de acondicionamiento físico en un centro de acondicionamiento físico participante o hasta dos equipos de acondicionamiento físico en el hogar a través del Programa Exercise and Healthy Aging de Silver&Fit®.
Productos y medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	Usted recibe una asignación de \$25 mensual para artículos OTC.	Usted recibe una asignación de \$25 mensual para artículos OTC.	Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente periodo si no se utilizan. Para obtener más información acerca de productos OTC, llame a Servicios para Miembros o visite nuestra página web.
Atención de emergencias y urgencias (en todo el mundo)	Usted paga un copago de \$90 por una visita de servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos. Usted paga un copago de \$35 por una visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.	Usted paga un copago de \$90 por una visita de servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos. Usted paga un copago de \$35 por una visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.	El copago no aplicará por los servicios de emergencia o visitas de atención de urgencia si es admitido en el hospital.

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS EN FARMACIAS MINORISTAS DENTRO DE LA RED		
	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002
Suministro de 30 días en una farmacia minorista*		
Etapa deducible anual	Sin deducibles.	Sin deducibles
Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Preferido genérico Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferencial Nivel 4: Medicamentos no preferenciales Nivel 5: Medicamentos de especialidad médica Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionados	Usted paga un copago de \$6 Usted paga un copago de \$16 Usted paga un copago de \$47 Usted paga un copago de \$100 Usted paga el 33% del costo total Usted paga \$0.	Usted paga un copago de \$6 Usted paga un copago de \$16 Usted paga un copago de \$47 Usted paga un copago de \$100 Usted paga el 33% del costo total Usted paga \$0.
Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos de medicamentos totales han alcanzado los \$3,820).	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos con marca • 37% del costo total de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga \$0.	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos con marca • 37% del costo total de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga \$0.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en el etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$5,100)	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • \$3.40 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • \$8.50 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor).	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • \$3.40 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • \$8.50 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor).

MEDICAMENTOS RECETADOS POR CORREO POSTAL PARA PACIENTES AMBULATORIOS

	Prominence Plus (HMO) Northern NV - 001	Prominence Plus (HMO) Washoe NV - 002
Suministro de 100 días por correo postal		
Etapa deducible anual	Sin deducibles.	Sin deducibles.
Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Preferido genérico Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferencial Nivel 4: Medicamentos no preferenciales Nivel 5: Medicamentos de especialidad médica Nivel 6: Medicamentos de atención seleccionados	Usted paga un copago de \$12 Usted paga un copago de \$32 Usted paga un copago de \$141 Usted paga un copago de \$300 No disponible Usted paga \$0	Usted paga un copago de \$12 Usted paga un copago de \$32 Usted paga un copago de \$141 Usted paga un copago de \$300 No disponible Usted paga \$0.
Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos de medicamentos totales han alcanzado los \$3,820).	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos con marca • 37% del costo total de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga \$0.	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos con marca • 37% del costo total de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga \$0.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en el etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$5,100)	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • \$3.40 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • \$8.50 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor).	Para medicamentos en los Niveles 1 a 5, usted paga: • \$3.40 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • \$8.50 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor).

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa a otra fase de los beneficios de la Parte D. Para obtener información más específica sobre las fases de los beneficios, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de Cobertura 2019* en línea en ProminenceMedicare.com.

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

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

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame al 1-855-969-5882 (los usuarios TTY deben llamar al 711) desde las 8:00 a.m. a las 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 1 de abril al 30 de septiembre.

Se podrán aplicar límites, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. La lista de medicamentos, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte nuestro *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web en: ProminenceMedicare.com.

Puede ver la Lista de medicamentos completa del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en ProminenceMedicare.com.

The Silver & Fit[®] los proporciona American Specialty Health Fitness, Incorporated (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Todos los programas y servicios no están disponibles en todas las áreas.

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

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY/TDD: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-969-5882 (TTY/TDD: 711).

Prominence Health Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Prominence Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Sumusunod ang Prominence Health Plan sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.

Prominence Health Plan tuân thủ luật dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, khuyết tật, hoặc giới tính.

Para saber más sobre nuestros planes o para inscribirse, llame

LLAMADA GRATUITA

1-833-472-7274

TTY:

711

HORARIO:

del 1 de octubre al 31 de marzo
los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

del 1 de abril al 30 de septiembre
de lunes a viernes
de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.


Prominence[®]
Health Plan

ProminenceMedicare.com

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