

RESUMEN *de* BENEFICIOS PARA 2020

Beneficios vigentes a partir del 1° de enero de 2020

Prominence Plus
Medicare Advantage HMO-POS

Región Texas Norte
Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore,
Potter y Randall condados

RESUMEN *de* BENEFICIOS PARA 2020

Prominence Plus (HMO-POS) H7680, Plan 001 (Norte Texas)

Este es un resumen de servicios de salud y de medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan desde el 1° de enero de 2020 hasta el 31 de enero de 2020.

La información de beneficios provista 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, solicite el folleto de la *Evidencia de cobertura 2020* al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver y descargar el folleto de la *Evidencia de cobertura 2020* en ProminenceMedicare.com.

Prominence Plus (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si acude a proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios.

Con la opción Point-of-Service (POS), para algunos servicios, puede acudir a proveedores que no están en nuestra red y pagar un costo mayor.

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

Para inscribirse en Prominence Plus (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. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Texas:

H7680-001 (Texas Norte): Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter, Randall.

Para obtener la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual *Medicare y Usted*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuario de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)

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

Para obtener más información, llámenos al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1.° de abril al 30 de septiembre. También puede visitarnos en ProminenceMedicare.com.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.	Debe continuar pagando su prima de la parte B Medicare.
Deducible	No paga nada.	Este plan no tiene deducible.
Reponsabilidad máxima de desembolso directo (No incluye costos de medicamentos recetados)	\$4,600 anuales.	Esto es lo máximo que paga por copagos, coaseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos conforme a las Partes A y B de Medicare durante el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	Usted paga un copago de \$280 por día, del día 1 al 5; \$0 de copago por día, del día 6 al 90.	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una hospitalización. Su médico debe notificar al plan cuando sea ingresado.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> • Cirugía ambulatoria u otros servicios recibidos en un entorno hospitalario ambulatorio • Atención de observación 	<p>Usted paga un copago de \$325 por servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$275 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <p>Usted paga un copago de \$50 por el tratamiento de cuidado de heridas en los consultorios del proveedor, centro quirúrgico ambulatorio o centro de cuidado de heridas contratado.</p>	Se necesita autorización previa para servicios ambulatorios y de observación.
Doctor visits <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas 	<p>Usted paga \$0 por visita de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por visita al especialista.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coaseguro.</p>	No se necesitan derivaciones para las visitas a especialistas.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Atención preventiva	Usted paga \$0 por servicios preventivos de Original Medicare.	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales que apruebe Medicare durante el año del contrato. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) en la <i>Evidencia de cobertura 2020</i> .
Atención de emergencia	Usted paga un copago de \$90 por visita.	No se aplicará el copago si usted ingresa en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a una visita de atención de emergencia.
Servicios de urgencia	Usted paga un copago de \$35 por visita.	No se aplicará el copago si usted ingresa en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a una visita de atención de urgencia.
Servicios de diagnóstico/laboratorio/ imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos de diagnóstico / análisis y servicios de laboratorio • Servicios radiológicos de diagnóstico (como CT exploraciones, MRIs) • Servicios radiológicos terapéuticos • Radiografías ambulatorias 	<p>Usted paga \$0 por pruebas/procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <hr/> <p>Usted paga un copago de \$200 por servicios radiológicos de diagnóstico, tales como CT y MRIs.</p> <hr/> <p>Usted paga un copago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <hr/> <p>Usted paga un copago de \$55 por servicios de radiografías.</p>	<p>Si recibe múltiples servicios en el mismo establecimiento en el mismo día, solo se aplica un copago.</p> <p>Se necesita autorización previa para los servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos y los servicios de laboratorio de pruebas genéticas.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Servicios de audición	<p>Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Un examen está cubierto anualmente.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por servicios de la audición cubiertos por Medicare.</p>	<p>Se aplica un monto de cobertura máxima anual de \$700 por audífonos (por oído).</p> <p>No se necesita autorización previa ni derivaciones.</p> <p>El desembolso directo del miembro por ayuda auditiva varía según el nivel de tecnología seleccionada.</p> <p>Los miembros recibirán un descuento negociado del plan en audífonos si compran audífonos a nuestro proveedor preferido, Hearing Care Solutions.</p>
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	<p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p>	<p>No se necesita autorización previa ni derivaciones.</p>
Servicios dentales (preventivos)	<p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin una prima mensual adicional.</p> <p>Los servicios preventivos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • limpieza dental, una vez cada seis meses • examen bucal, una vez al año • radiografías dentales, una vez al año 	<p>No hay deducible, copago ni coaseguro por servicios dentales preventivos.</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$500 por año por servicios dentales preventivos.</p> <p>No se necesita autorización previa ni derivaciones.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Servicios dentales (integrales)	<p>Los servicios dentales integrales se incluyen sin prima mensual adicional.</p> <p>Los servicios integrales cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios no rutinarios • servicios de diagnóstico • servicios de restauración • endodoncia • periodoncia • extracciones • prostodoncia • otra cirugía oral/ maxilofacial. 	<p>No hay deducible, copago ni coaseguro por servicios dentales integrales.</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$1,000 por año por servicios dentales integrales.</p> <p>No se necesita autorización previa ni derivaciones.</p>
Servicios de la vista	<p>Usted paga un copago de \$30 por servicios para la vista cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga un copago de \$0 por los exámenes de la vista de rutina. Un examen está cubierto anualmente.</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$150 para anteojos (lentes y monturas o lentes de contacto).</p>	<p>No se necesita autorización previa ni derivaciones.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Ambulancia	Usted paga un copago de \$310 por segmento de transporte.	<p>Se aplica copago por segmento. Un segmento es el transporte en ambulancia a la instalación apropiada más cercana. Se incurre en otro segmento si el beneficiario es transportado en ambulancia a otra instalación.</p> <p>Se necesita autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.</p> <p>No se aplica el copago si es ingresado en el hospital.</p>
Transporte	Usted paga \$0 servicios de transporte aprobados por el plan.	<p>Los miembros pueden acceder a hasta ocho (8) viajes de ida a los establecimientos de salud autorizados por el plan. El transporte puede incluir viajes en taxi, autobús/metro, camioneta o traslado médico.</p> <p>Usted debe llamar a Servicios al Miembro para organizar el transporte.</p>
Medicare Medicamentos de la Parte B	Usted paga el 20% del costo total por quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Se necesita autorización previa para todos los medicamentos de la Parte B con un costo superior a \$100.
Examen físico anual	Usted paga \$0 por el examen físico anual.	Usted paga el monto del costo compartido del plan por los exámenes de detección y/o pruebas de diagnóstico recibidos en preparación para esta visita o indicados como resultado de esta visita.
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$250 por los servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.	Se necesita autorización previa.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Medical equipment/ supplies <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ej. sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (por ej. aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) y suministros médicos • Suministros para la diabetes 	Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero.	Se necesita autorización previa para artículos con un precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si se alquila.
	Usted paga el 20% del costo total de los dispositivos protésicos y suministros médicos.	Se necesita autorización previa para dispositivos/ suministros con un precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si se alquila.
	Usted paga 0% del costo total de los suministros para diabéticos, incluyendo medidores y tiras reactivas. Usted paga el 20% del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.	Los únicos monitores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son 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.
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Usted paga un copago de \$20 por los servicios de podología cubiertos por Medicare. Fuera de la red: 40% de coaseguro.	El cuidado de los pies de rutina no está cubierto.
Acupuntura	No cubierto.	
Atención quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación de la columna vertebral para corregir subluxación 	Usted paga un copago de \$20 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Se necesita autorización previa para todas las visitas cuando superan las 12 al año.
Beneficio de acondicionamiento físico (membresía en centro de acondicionamiento físico)	Usted paga \$0.	Una membresía gratuita en un centro de acondicionamiento físico participante o hasta dos kits de ejercicios en el hogar a través del programa Silver&Fit®.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Norte TX - 001	Lo que debe saber
Medicamentos y productos Over-the-counter (OTC)	Usted recibe una asignación de \$25, cada mes por artículos OTC.	Los saldos no utilizados se transfieren al siguiente período.
Atención de emergencia y urgencia (en todo el mundo)	<p>Usted paga un copago de \$90 por visita de servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Usted paga un copago de \$35 por una visita de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Se aplica un monto de cobertura máxima anual de \$25,000.</p> <p>No se aplicará el copago en servicios de emergencia o visitas de urgencia si se le ingresa al hospital.</p>

**MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS EN
FARMACIA MINORISTA DE LA RED**

**Prominence Plus (HMO-POS)
Norte TX - 001**

Suministro de 30 días de farmacia minorista*

<p>Etapa de deducible anual</p>	<p>Sin deducible.</p>
<p>Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos de atención selecta</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$13 Usted paga un copago de \$35 Usted paga un copago de \$100 Usted paga el 33% del costo total Usted paga \$0</p>
<p>Etapa de brecha en la cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha en la cobertura cuando sus costos totales en medicamentos hayan alcanzado los \$4,020.)</p>	<p>Por medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de los medicamentos de marca • 25% del costo total de los medicamentos genéricos. <p>Los medicamentos de nivel 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.</p>
<p>Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso directo por medicamentos alcancen los \$6,350.)</p>	<p>En los medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.60 (por medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) o • Copago de \$8.95 (todos los demás medicamentos) o <p>Coaseguro del 5% (el monto que sea mayor).</p> <p>En los medicamentos de nivel 1 y 6, usted paga \$0.</p>

**ENVÍO POR CORREO DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA
PACIENTES AMBULATORIOS**

**Prominence Plus (HMO)
Norte TX - 001**

Suministro de 100 días de farmacia minorista*

Etapa de deducible anual	Sin deducible.
Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$26 Usted paga un copago de \$105 Usted paga un copago de \$300 No disponible Usted paga \$0
Etapa de brecha en la cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha en la cobertura cuando sus costos totales en medicamentos hayan alcanzado los \$4,020.)	Por medicamentos de los niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de los medicamentos de marca • 25% del costo total de los medicamentos genéricos. Los medicamentos de nivel 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de desembolso directo por medicamentos alcancen los \$6,350.)	En los medicamentos en los niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$3.60 (por medicamentos genéricos, o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • Copago de \$8.95 (todos los demás medicamentos) ○ • 5 Coaseguro del 5% (el monto que sea mayor). En los medicamentos de nivel 1 y 6, usted paga \$0.

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa a otra etapa del beneficio de la Parte D. Para obtener información más específica sobre las etapas del beneficio, llámenos o consulte nuestra *Evidencia de cobertura 2020* en línea en ProminenceMedicare.com.

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

Lista de verificación previa a la inscripción

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

Comprender los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los que habitualmente consulta a un médico. Visite ProminenceMedicare.com o llame al 855-969-5882 (TTY:711) para obtener una copia de la EOC.
- Revise el directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulte ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- Revise el *Directorio de Farmacias* para asegurarse de que la Farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la Farmacia no figura en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva Farmacia para sus recetas.

Comprender las horas importantes

- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se saca de su cheque del Social Security cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1° de enero de 2021.

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).

Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos ciertos servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.

Prominence Health Plan es un plan HMO, HMO-POS con un contrato con 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 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana del 1° de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1° de abril al 30 de septiembre.

Es posible que apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas y/o copagos/coseguro pueden cambiar el 1.º de enero todos los años. El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Vea nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias* en nuestro sitio web en: ProminenceMedicare.com.

Puede ver el *Formulario* (lista de medicamentos recetados de la Parte D) completo del plan y cualquier restricción en nuestro sitio web en ProminenceMedicare.com.

El programa Silver & Fit® es proporcionado por 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: 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: 711).

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.

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.