

RESUMEN *de* BENEFICIOS 2020

Beneficios en vigencia desde el 1 de enero de 2020

Prominence Plus
Medicare Advantage HMO

Región de Northern Nevada
Condados de Washoe, Carson City, Douglas, Lyon y
Storey

RESUMEN *de* BENEFICIOS 2020

Prominence Plus (HMO)

H5945, Planes 001 (Carson City, Douglas, Lyon, Storey) y 002 (Washoe)

Este es un resumen de los servicios médicos y de medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan desde el 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

La información de beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted paga. No enumera cada servicio que cubrimos o cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de servicios que cubrimos, solicite un folleto de *Evidencia de cobertura 2020*. Para ello, llame al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede ver y descargar el folleto de Evidencia de cobertura 2020 en ProminenceMedicare.com.

Prominence Plus (HMO) tiene 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 esos servicios.

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

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

H5945-001: Carson City, Douglas, Lyon, Storey

H5945-002: Washoe

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 letras grandes.

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 a la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre. También nos puede visitar en ProminenceMedicare.com.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	Usted no paga nada.	Usted no paga nada.	Estos planes no tienen deducible.
Responsabilidad máxima de bolsillo (No incluye costos de medicamentos recetados)	\$3,400 anual.	\$2,900 anual.	Esta es la mayor cantidad que paga por copagos, coseguro y otros costos para servicios médicos cubiertos en virtud de las Partes A y B de Medicare para el año.
Cobertura de hospital de paciente hospitalizado	Usted paga \$340 de copago por día para los días 1 a 5; \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	Usted paga \$340 de copago por día para los días 1 a 5 \$0 de copago por día para los días 6 a 90.	Nuestros planes cubren una cantidad ilimitada de días para una estadía de paciente hospitalizado. Su médico debe notificar al plan cuando a usted lo internan en el hospital.
Cobertura de hospital de paciente ambulatorio <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="56 1386 446 1533">• Cirugía ambulatoria u otros servicios que se reciban en un entorno de hospital ambulatorio <li data-bbox="56 1659 446 1732">• Atención de observación 	<p>Usted paga \$375 de copago por servicios de hospital de paciente ambulatorio.</p> <hr/> <p>Usted paga \$350 de copago por todos los servicios que reciba durante la atención de observación.</p> <hr/> <p>Usted paga \$30 de copago por tratamiento de atención de heridas en consultorios del</p>	<p>Usted paga \$375 de copago por servicios de hospital de paciente ambulatorio.</p> <hr/> <p>Usted paga \$350 de copago por todos los servicios que reciba durante la atención de observación.</p> <hr/> <p>Usted paga \$30 de copago por tratamiento de atención de heridas en consultorios del</p>	Se requiere autorización previa para servicios de observación y paciente ambulatorio.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
	proveedor, centro quirúrgico ambulatorio o centro de atención de heridas contratado.	proveedor, centro quirúrgico ambulatorio o centro de atención de heridas contratado.	
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de atención primaria • Especialistas 	Usted paga \$0 por visita de atención primaria	Usted paga \$0 por visita de atención primaria.	No se requieren derivaciones para visitas a especialistas.
	Usted paga \$30 de copago por visita a especialista.	Usted paga \$30 de copago por visita a especialista.	
Atención preventiva	Usted paga \$0 por servicios preventivos de Original Medicare.	Usted paga \$0 por servicios preventivos de Original Medicare.	<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.</p> <p>Para obtener más información, consulte el Capítulo 4: “Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué paga usted)” en la <i>Evidencia de cobertura 2020</i>.</p>
Atención de emergencia	Usted paga \$90 de copago por visita.	Usted paga \$90 de copago por visita.	No se exigirá copago si es internado en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días de una visita de atención de emergencia.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Servicios necesarios con urgencia	Usted paga \$30 de copago por visita.	Usted paga \$30 de copago por visita.	No se exigirá copago si es internado en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días de una visita de atención de urgencia.
Servicios de diagnóstico/ Exámenes de laboratorio/Imágenes <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="48 793 456 898">• Pruebas/procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio <li data-bbox="48 982 456 1119">• Servicios radiológicos de diagnóstico (como tomografías computadas CT, MRIs) <li data-bbox="48 1203 456 1266">• Servicios radiológicos terapéuticos <li data-bbox="48 1350 456 1413">• Radiografías ambulatorias 	Usted paga \$0 por pruebas/procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.	Usted paga \$0 por pruebas/procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.	<p data-bbox="1198 657 1562 835">Si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, corresponde un solo copago.</p> <p data-bbox="1198 877 1562 1161">Se requiere autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y servicios de laboratorio para pruebas genéticas.</p>
Usted paga \$225 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico, como tomografías computadas CT y MRIs.	Usted paga \$225 de copago por servicios radiológicos de diagnóstico, como tomografías computadas CT y MRIs.		
Usted paga \$60 de copago por servicios radiológicos terapéuticos.	Usted paga \$60 de copago por servicios radiológicos terapéuticos.		
Usted paga \$25 de copago por servicios de radiografía.	Usted paga \$25 de copago por servicios de radiografía.		

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Servicios de audición	Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Se cubre un examen por año.	Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Se cubre un examen por año.	<p>Corresponde un monto de cobertura máximo anual de \$500 para audífonos (por oído).</p> <p>El monto de bolsillo del miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado.</p> <p>Los miembros recibirán un descuento negociado del plan en audífonos si adquieren audífonos de nuestro proveedor preferido, Hearing Care Solutions.</p> <p>No se requiere autorización previa ni derivaciones.</p>
	Usted paga \$30 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare.	Usted paga \$30 de copago por servicios de audición cubiertos por Medicare-.	
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Usted paga \$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.	Usted paga \$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.	No se requiere autorización previa ni derivaciones.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Servicios dentales (preventivos)	<p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Entre los servicios preventivos cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • limpieza de dientes, una vez cada seis meses • examen oral, una vez al año • radiografías dentales, una vez al año 	<p>Los servicios dentales preventivos están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Entre los servicios preventivos cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • limpieza de dientes, una vez cada seis meses • examen oral, una vez al año • radiografías dentales, una vez al año 	<p>No hay deducible, copago o coseguro para servicios dentales preventivos.</p> <p>Monto de cobertura máximo por año de \$500 para servicios dentales preventivos.</p> <p>No se requiere autorización previa ni derivaciones .</p>
Servicios dentales (integrales)	<p>Los servicios dentales integrales están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Entre los servicios integrales cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios que no sean de rutina • servicios de diagnóstico • servicios restaurativos • endodoncia • Periodoncia • Extracciones • Prostodoncia • otra cirugía oral/maxilofacial. 	<p>Los servicios dentales integrales están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Entre los servicios integrales cubiertos se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios que no sean de rutina • servicios de diagnóstico • servicios restaurativos • endodoncia • periodoncia • extracciones • prostodoncia • otra cirugía oral/maxilofacial surgery. 	<p>No hay deducible, copago o coseguro para servicios dentales integrales.</p> <p>Monto de cobertura máximo por año de \$1,500 para servicios dentales integrales.</p> <p>No se requiere autorización previa ni derivaciones.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Servicios oftalmológicos	Usted paga \$30 de copago por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.	Usted paga \$30 de copago por exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare.	No se requiere autorización previa ni derivaciones.
	Usted paga \$20 de copago por exámenes oftalmológicos de rutina. Se cubre un examen por año.	Usted paga \$20 de copago por exámenes oftalmológicos de rutina. Se cubre un examen por año.	
	Usted recibe \$150 de asignación anual para anteojos (anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto).	Usted recibe \$150 de asignación anual para anteojos (anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto).	
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="48 1039 454 1113">• Visitas de paciente hospitalizado <li data-bbox="48 1837 454 1911">• Visitas de terapia ambulatoria 	<p>Usted paga \$330 de copago por día, días 1 a 5;</p> <p>\$0 de copago por día, días 6 a 90 para estadías de salud mental de paciente hospitalizado.</p> <p>Para el uso de días de reserva cubiertos de por vida cubiertos por Medicare- (que se utilizan si la estadía del paciente hospitalizado por salud mental dura más de 90 días por período de beneficios, usted paga \$330 de copago por día, por los días 1 a 5;</p> <p>\$0 de copago por día, días 6 a 60.</p>	<p>Usted paga \$330 de copago por día, días 1 a 5;</p> <p>\$0 de copago por día, días 6 a 90 para estadías de salud mental de paciente hospitalizado.</p> <p>Para el uso de días de reserva cubiertos de por vida cubiertos por Medicare- (que se utilizan si la estadía del paciente hospitalizado por salud mental dura más de 90 días por período de beneficios, usted paga \$330 de copago por día, por los días 1 a 5;</p> <p>\$0 de copago por día, días 6 a 60.</p>	<p>Para estadías de atención médica de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando a usted lo internan en el hospital.</p> <p>Se requiere autorización previa para sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere</p>
	Usted paga \$30 de copago por sesiones de salud mental individuales o grupales.	Usted paga \$30 de copago por sesiones de salud mental individuales o grupales.	

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización parcial 	Usted paga \$55 de copago por servicios de hospitalización parcial.	Usted paga \$55 de copago por servicios de hospitalización parcial.	<p>autorización previa para servicios de especialidad en salud mental de un proveedor no médico.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de hospitalización parcial.</p>
Institución de enfermería especializada	<p>Usted paga \$0 de copago por día, días 1 – 20;</p> <p>\$170 de copago por día, días 21 – 100.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día, días 1 – 20;</p> <p>\$170 de copago por día, días 21 – 100.</p>	Se requiere autorización previa.
Terapia física	Usted paga \$40 de copago por visita.	Usted paga \$40 de copago por visita	Se requiere autorización previa para todas las visitas que superen las 12 anuales.
Ambulancia	Usted paga \$300 de copago por segmento de transporte.	Usted paga \$300 de copago por segmento de transporte.	<p>El copago se exige por segmento. Un segmento es transporte en ambulancia a la institución apropiada más cercana. Se incurre en otro segmento si el beneficiario luego es transportado en ambulancia a otra institución.</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte que no sea de emergencia.</p> <p>No se exige el copago si se lo interna en el hospital.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Transporte	Usted paga \$0 por servicios de transporte aprobados por el plan.	Usted paga \$0 por servicios de transporte aprobados por el plan.	<p>Los miembros pueden acceder a un máximo de cinco (5) viajes de sentido único a ubicaciones relacionadas con la salud aprobadas por el plan.</p> <p>El transporte puede incluir viajes en taxi, autobús/subte, camioneta y transporte médico.</p> <p>Debe comunicarse con el Servicio al miembro para coordinar el transporte.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga 20% del costo total de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Usted paga 20% del costo total de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Se requiere 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 \$0 por el examen físico anual.	Usted paga el monto de costo compartido del plan para exámenes de detección o pruebas de diagnóstico que se reciban en preparación para esta visita o se indiquen como resultado de esta visita.
Servicios de centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga \$200 de copago por servicios que se reciban en un centro quirúrgico ambulatorio.	Usted paga \$200 de copago por servicios que se reciban en un centro quirúrgico ambulatorio.	Se requiere autorización previa.
Suministros/equipo médico	Usted paga 20% del costo total de equipo médico duradero.	Usted paga 20% del costo total de equipo médico duradero.	Se requiere autorización previa para artículos con un

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
<ul style="list-style-type: none"> Equipo médico duradero (por ej., sillas de rueda, oxígeno) 			precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si fueran rentados.
<ul style="list-style-type: none"> Prótesis (por ej., soportes, miembros artificiales) y suministros médicos 	Usted paga 20% del costo total de dispositivos prostéticos y suministros médicos.	Usted paga 20% del costo total de dispositivos prostéticos y suministros médicos.	Se requiere autorización previa para dispositivos/suministros con un precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si fueran rentados.
<ul style="list-style-type: none"> Suministros para diabéticos 	<p>Usted paga 0% del costo total de suministros para diabéticos, incluidos medidores y tiras reactivas.</p> <p>Usted paga 20% del costo total de plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos.</p>	<p>Usted paga 0% del costo total de suministros para diabéticos, incluidos medidores y tiras reactivas.</p> <p>Usted paga 20% del costo total de plantillas y zapatos terapéuticos para diabéticos.</p>	Las únicas tiras reactivas y monitores de glucosa en sangre cubiertas 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 \$50 de Copago por servicios de podología cubiertos por Medicare-.	Usted paga \$50 de copago por servicios de podología cubiertos por Medicare.	La atención de rutina de los pies no está cubierta.
Acupuntura	Usted paga \$20 de copago por visita.	Usted paga \$20 de copago por visita.	Se requiere autorización previa para todas las visitas que superen las 12 anuales.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Condado de Washoe	Qué debe saber
Atención de quiropráctico <ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la espina dorsal para corregir subluxación 	Usted paga \$20 de copago por servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare-.	Usted paga \$20 de copago por servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare-.	Se requiere autorización previa para todas las visitas que superen las 12 anuales.
Beneficio de acondicionamiento (membresía en centro de acondicionamiento)	Usted paga \$0.	Usted paga \$0.	Una membresía en centro de acondicionamiento sin costo en un centro de acondicionamiento participante o hasta dos kits de acondicionamiento en el hogar a través del Programa Silver&Fit®.
Medicamentos y productos Over-the-counter (OTC)	Usted recibe \$100 de asignación cada tres meses por artículos OTC.	Usted recibe \$100 de asignación cada tres meses por artículos OTC.	Los saldos sin utilizar no se trasladan al siguiente período.
Atención de emergencia y de urgencia (en todo el mundo)	<p>Usted paga \$90 de copago por una visita de servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por una visita de atención de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por una visita de servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por una visita de atención de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>	No se exigirá copago para los servicios de emergencia o visita de atención de urgencia si se lo interna en el hospital.

**MEDICAMENTOS RECETADOS DE PACIENTE AMBULATORIO EN FARMACIA MINORISTA
DENTRO DE LA RED**

	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Washoe condado
Suministro de 30 días de farmacia minorista*		
Etapa de deducible anual	Sin deducible.	Sin deducible.
Initial coverage stage Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De marca preferidos Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos de atención selectos	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$16 de copago Usted paga \$40 de copago Usted paga \$100 de copago Usted paga 33% del costo total Usted paga \$0	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$16 de copago Usted paga \$40 de copago Usted paga \$100 de copago Usted paga 33% del costo total Usted paga \$0
Etapa de brecha en cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,020).	Para medicamentos en Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de medicamentos de marca • 25% del costo total de medicamentos genéricos. Los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos durante la brecha.	Para medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de medicamentos de marca • 25% del costo total de medicamentos genéricos. Los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos durante la brecha.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos por medicamentos de bolsillo alcanzan \$6,350).	Para medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$3.60 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos tratados como genéricos) ○ • \$8.95 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor). Para medicamentos en los Niveles 1 y 6, usted paga \$0.	Para medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$3.60 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos tratados como genéricos) ○ • \$8.95 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor). Para medicamentos en los Niveles 1 y 6, usted paga \$0.

MEDICAMENTOS RECETADOS DE PACIENTE AMBULATORIO POR CORREO

	Prominence Plus (HMO) – 001 Carson City, Douglas, Lyon, Storey condados	Prominence Plus (HMO) – 002 Washoe condado
Suministro de 100 días por correo		
Etapa de deducible anual	Sin deducible.	Sin deducible.
Initial coverage stage Nivel 1: Genéricos preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De marca preferidos Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos de especialidad Nivel 6: Medicamentos de atención selectos	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$32 de copago Usted paga \$120 de copago Usted paga \$300 de copago No disponible Usted paga \$0	Usted paga \$0 de copago Usted paga \$32 de copago Usted paga \$120 de copago Usted paga \$300 de copago No disponible Usted paga \$0
Etapa de brecha en cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos han alcanzado \$4,020).	Para medicamentos en Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de medicamentos de marca • 25% del costo total de medicamentos genéricos. Los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos durante la brecha.	Para medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25% del costo total de medicamentos de marca • 25% del costo total de medicamentos genéricos. Los medicamentos en los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos durante la brecha.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos por medicamentos de bolsillo alcanzan \$6,350).	Para medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$3.60 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos tratados como genéricos) ○ • \$8.95 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor). Para medicamentos en los Niveles 1 y 6, usted paga \$0.	Para medicamentos en los Niveles 2, 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • \$3.60 de copago (para medicamentos genéricos o medicamentos tratados como genéricos) ○ • \$8.95 de copago (todos los otros medicamentos) ○ • 5% de coseguro (lo que sea mayor). Para medicamentos en los Niveles 1 y 6, usted paga \$0.

El costo compartido puede cambiar cuando ingresa en otra fase del beneficio de la Parte D. Para información más específica acerca de las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de cobertura 2020* en línea en ProminenceMedicare.com.

*El suministro de los medicamentos recetados puede ser de hasta 100 días.

Lista de verificación de inscripción previa

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

Understanding the Benefits

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios por los cuales consulta a un médico frecuentemente. Visite ProminenceMedicare.com o llame al 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 ve estén en la red. Si no están en la lista, esto significa que probablemente deba elegir otro médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicina recetada esté dentro de la red. Si la farmacia no está en la lista, probablemente deba elegir una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.

Comprensión de reglas importantes

- Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Generalmente, esta prima se retira de su cheque del Social Security cada mes.
- Los beneficios, primas o copagos/coseguro 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 se encuentran en la lista del directorio de proveedores).

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 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 a la semana desde el 1 de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Es posible que correspondan limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso siempre que sea necesario.

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

Puede ver el *formulario* completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) 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).

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: 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.

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.