

RESUMEN *de* BENEFICIOS PARA 2020

Beneficios vigentes a partir del 1° de enero de 2020

Prominence Plus
Medicare Advantage HMO-POS

Región Sur Texas
Brooks, Hidalgo, Starr

RESUMEN *de* BENEFICIOS PARA 2020

Prominence Plus (HMO-POS) Plan H7680, Plan 002 (Sur 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 utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Con la opción Punto de servicio (POS), para algunos servicios, puede usar proveedores que no están en nuestra red y pagar un costo más alto.

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 unirse a Prominence Plus (HMO-POS), debe tener derecho a 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:

H7680-002 (Sur de Texas): Brooks, Hidalgo, Starr

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

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) Sur TX - 002	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	Usted paga \$0.	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	No pagas nada.	Este plan no tiene deducible.
Máxima responsabilidad de su bolsillo (No incluye costos de medicamentos recetados)	\$4,500 anuales.	Esto es lo máximo que paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos bajo las Partes A y B de Medicare para el año.
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	Usted paga un copago de \$330 por hospitalización.	<p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una hospitalización.</p> <p>Su médico debe notificar al plan cuando sea admitido.</p>
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 \$200 por servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$200 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 requiere autorización previa para servicios ambulatorios y de observación.
Visitas al médico <ul style="list-style-type: none"> • Primario proveedores de atención • Especialistas 	<p>Usted paga \$0 por visita de atención primaria.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por visita al especialista.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro.</p>	No se requieren referidos para visitas a especialistas.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
Atención preventiva	Usted paga \$0 por los servicios preventivos de Medicare Original.	Se cubrirán todos los servicios preventivos adicionales aprobados por 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.	El copago no se aplicará si ingresa en el hospital como paciente internado 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 \$25 por visita.	El copago no se aplicará si ingresa en el hospital como paciente internado 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, MRIs) • Servicios radiológicos terapéuticos • Radiografías ambulatorias 	<p>Usted paga \$0 por pruebas/procedimientos de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$225 por servicios radiológicos de diagnóstico, tales como CT y MRIs.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Usted paga un copago de \$15 por servicios de radiografías.</p>	<p>Si recibe múltiples servicios en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica un copago.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos y los servicios de laboratorio de pruebas genéticas.</p>
Servicios de audición	Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. Se cubre un examen al año.	Se aplica un monto máximo anual de cobertura de \$700 para audífonos (por oído).

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
Servicios de audición (continuación)	Usted paga un copago de \$20 por los servicios de audición cubiertos por Medicare.	<p>El desembolso de bolsillo de cada miembro por audífono varía según el nivel de tecnología seleccionado.</p> <p>Los miembros recibirán un descuento negociado del plan en audífonos si compran audífonos a nuestro proveedor preferido, Hearing Care Solutions.</p> <p>No se requiere autorización previa ni referidos.</p>
Servicios dentales (cubiertos por Medicare)	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.	No se requiere autorización previa ni referidos.
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 de dientes, una vez cada seis meses • examen oral, una vez al año • radiografías dentales, una vez al año 	<p>No hay deducible, copago ni coseguro por servicios dentales preventivos.</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$500 por año para servicios dentales preventivos.</p> <p>No se requiere autorización previa ni referencias.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
Servicios dentales (integral)	<p>Se incluyen servicios dentales integrales 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 coseguro para servicios dentales integrales.</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$1,500 por año para servicios dentales integrales.</p> <p>No se requiere autorización previa ni referidos.</p>
Servicios de la vista	<p>Usted paga un copago de \$20 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 \$250 para anteojos (lentes y monturas o lentes de contacto).</p>	<p>No se requiere autorización previa ni referencias.</p>
Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de pacientes hospitalizados 	<p>Usted paga un copago de \$330 por día, del día 1 al 5;</p> <p>Copago de \$0 por día, del día 6 al 90 para estadías de salud mental para pacientes hospitalizados.</p> <p>Para el uso de días de reserva vitalicia cubiertos por Medicare (utilizados si una internación para servicios de salud mental dura más de 90 días por período de beneficios), usted paga un copago de \$330 por día, durante los días 1 al 5;</p>	<p>Para estadías de atención de salud mental para pacientes hospitalizados, se requiere que su médico notifique al plan cuando sea admitido.</p> <p>Se requiere autorización previa para sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para servicios especializados de salud mental de un proveedor no médico.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
<ul style="list-style-type: none"> • Visitas de terapia ambulatoria • Hospitalización parcial 	<p>\$0 de copago por día, del día 6 al 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$20 por sesiones de salud mental individuales o grupales</p> <p>Usted paga un copago de \$55 por día por servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por día, días 1 al 20; \$170 de copago por día, días 21 al 45; y \$0 de copago por día, días 46 al 100.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Fisioterapia</p>	<p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> <p>Fuera de la red: 40% de coseguro.</p>	<p>Se requiere autorización previa para visitas cuando superan las 12 al año.</p>
<p>Ambulancia</p>	<p>Usted paga un copago de \$225 por segmento de transporte.</p>	<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 requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.</p> <p>El copago no se aplica si es admitido en el hospital.</p>
<p>Transporte</p>	<p>Usted paga \$0 por servicios de transporte aprobados por el plan.</p>	<p>Los miembros pueden acceder a hasta ocho (8) viajes de ida a los lugares autorizados por el plan. El transporte puede incluir viajes en taxi, autobús/metro, camioneta o traslado sanitario.</p>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
		Debe llamar a Servicios para Miembros para organizar el transporte.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga el 20% del costo total de la 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 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 del centro quirúrgico ambulatorio	Usted paga un copago de \$150 por los servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.	Se requiere autorización previa.
Equipos/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="110 1150 506 1255">• Equipo médico duradero (ej., silla de ruedas, oxígeno) <li data-bbox="110 1318 522 1465">• Prótesis (ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) y suministros médicos <li data-bbox="110 1539 539 1581">• Suministros para diabéticos 	<p data-bbox="587 1052 993 1157">Usted paga el 20% del costo total del equipo médico duradero.</p> <p data-bbox="587 1220 993 1325">Usted paga el 20% del costo total de los dispositivos protésicos.</p> <p data-bbox="587 1367 993 1472">Usted paga el 10% del costo total de los suministros médicos.</p> <p data-bbox="587 1514 1010 1619">Usted paga 0% del costo total de los suministros para diabéticos.</p> <p data-bbox="587 1661 1026 1766">Usted paga el 20% del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.</p>	<p data-bbox="1068 1052 1539 1192">Se requiere autorización previa para artículos con un precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si se alquila.</p> <p data-bbox="1068 1220 1539 1402">Se requiere autorización previa para dispositivos/suministros con un precio de compra superior a \$500 o \$38.50 por mes, si se alquila.</p> <p data-bbox="1068 1514 1539 1843">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.</p>
Servicios de podología (cuidado de los pies)	Usted paga un copago de \$20 por los servicios de podología cubiertos por Medicare.	El cuidado de rutina de los pies no está cubierto.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	Lo que debe saber
	Fuera de la red: 40% de coseguro.	
Acupuntura	No cubierto.	
Atención quiropráctica <ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación 	Usted paga un copago de \$20 por servicios quiropráticos cubiertos por Medicare.	Se requiere autorización previa para todas las visitas que superen las 12 al año.
Beneficios para el estado físico (membresía a gimnasio)	Usted paga \$0.	Una membresía gratuita para un gimnasio participante o hasta dos kits de ejercicios en el hogar a través del programa Silver&Fit®.
Medicamentos y productos Over-the-counter (OTC)	Usted recibe una asignación de \$50, 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 una visita por servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por una visita por atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p>Se aplica un monto máximo anual de cobertura de \$25,000.</p> <p>No se aplicará el copago por los servicios de emergencia o la visita de atención de urgencia si es admitido en el hospital.</p>

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS EN FARMACIA MINORISTA DE LA RED

**Prominence Plus (HMO-POS)
Sur TX - 002**

Suministro para 30 días en farmacia minorista*

<p>Etapa de deducible anual</p>	<p>Sin deducible.</p>
<p>Etapa de cobertura inicial</p> <p>Nivel 1: Genérico preferido</p> <p>Nivel 2: Genérico</p> <p>Nivel 3: Marca preferida</p> <p>Nivel 4: Medicamentos no preferidos</p> <p>Nivel 5: Medicamentos especializados</p> <p>Nivel 6: Medicamentos atención seleccionados</p>	<p>Usted paga un copago de \$0.</p> <p>Usted paga un copago de \$12</p> <p>Usted paga un copago de \$35</p> <p>Usted paga un copago de \$100</p> <p>Usted paga el 33% del costo total</p> <p>Usted paga \$0</p>
<p>Etapa de la brecha en la cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha en la cobertura cuando sus costos totales de los medicamentos han alcanzado los \$4,020).</p>	<p>Para 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 en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso de su bolsillo por sus medicamentos alcanzan los \$6,350).</p>	<p>Para 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) ○ • Copago de \$8.95 (todos los demás medicamentos) ○ • Coseguro del 5% (el monto que sea mayor). <p>Para los medicamentos en los niveles 1 y 6, usted paga \$0.</p>

**MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTE AMBULATORIOS EXTERNAS
PEDIDOS POR CORREO**

Prominence Plus (HMO-POS) Sur TX - 002	
Suministro para 100 días, pedido por correo	
Etapas de deducible anual	No deducible.
Etapas de cobertura inicial Nivel 1: Genérico preferido Nivel 2: Genérico Nivel 3: Marca preferida Nivel 4: Medicamentos no preferidos Nivel 5: Medicamentos especializados Nivel 6: Medicamentos atención seleccionados	Usted paga un copago de \$0 Usted paga un copago de \$24 Usted paga un copago de \$105 Usted paga un copago de \$300 No disponible Usted paga \$0
Etapas de la brecha en la cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha en la cobertura cuando sus costos totales de los medicamentos han alcanzado los \$4,020).	Para 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.
Etapas de cobertura catastrófica (Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando los costos de desembolso de su bolsillo por sus medicamentos alcanzan los \$6,350).	Para 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) ○ • Coseguro del 5% (el monto que sea mayor). Para los medicamentos en los niveles 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 para 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. 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.