

RESUMEN *de* BENEFICIOS para el 2021

Beneficios a partir del 1 de enero de 2021

Prominence Plus
Medicare Advantage HMO

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

RESUMEN *de* BENEFICIOS para el 2021

Prominence Plus (HMO) H7680, Plan 001 (Norte de Texas)

Este es un resumen de servicios de salud y medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que cubrimos y de lo que usted 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 2021* 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 2021* en ProminenceMedicare.com.

Prominence Plus (HMO) tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan puede no pagar por esos 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 Texas:

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

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 7 días de la semana. (Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

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

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|--|--|---|
| Primas mensuales del plan | Usted paga \$0. | Debe seguir pagando la prima de su Medicare Parte B. |
| Deducible | Usted no paga nada. | Este plan no tiene deducibles. |
| Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (No incluye los costos de medicamentos recetados) | \$4,600 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 un copago de \$250 por día por los días 1 a 5, copago de \$0 por día por los días 6 a 90. | Nuestro plan cubre 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. • Atención de observación. • Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios. | <p>Usted paga un copago de \$350 por servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Usted paga un copago de \$350 por todos los servicios recibidos durante la atención de observación.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio.</p> | Se requiere autorización previa para servicios de observación ambulatorios y servicios en centros quirúrgicos ambulatorios. |
| Visitas médicas <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 \$20 por cada visita al especialista.</p> | No es necesario que lo remitan para visitas al especialista. |

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|--|---|--|
| <p>Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/imágenes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio. • Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías CT, imágenes por resonancia magnética). • Servicios radiológicos terapéuticos. • Radiografías para pacientes ambulatorios. | <p>Usted paga \$0 por procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio.</p> <p>Usted paga un copago de \$100 por servicios de diagnóstico radiológico como tomografías CT e imágenes por resonancia magnética.</p> <p>Usted paga un copago de \$60 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>Usted paga un copago de \$25 por servicios de rayos X.</p> | <p>Se requiere autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico y para servicios de laboratorio de pruebas genéticas.</p> |
| <p>Servicios de audición</p> | <p>Usted paga \$0 por un examen de audición de rutina. (Exámenes para adaptación de audífonos) Se cubre un examen por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por servicios de audición cubiertos por Medicare. (Exámenes de diagnóstico de audición y de balance)</p> | <p>Aplica un monto máximo de cobertura anual de \$600 para audífonos (por oído).</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de cobertura para audífonos.</p> <p>Todas las citas deben programarse mediante Hearing Care Solutions.</p> <p>Todos los audífonos deben comprarse mediante Hearing Care Solutions.</p> <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> |
| <p>Servicios dentales (cubiertos por Medicare)</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales cubiertos por Medicare.</p> | <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> |

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|--|--|---|
| Servicios dentales (preventivos e integrales) | <p>Los servicios dentales preventivos e integrales están incluidos sin prima mensual adicional.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</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. • Servicios que no sean de rutina. • Servicios de diagnóstico. • Arreglos. • Endodoncia. • Periodoncia. • Extracciones. • Prostodoncia. • Otras cirugías orales/maxilofaciales. | <p>No hay deducible, copago ni coseguro por servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>Monto máximo de cobertura de \$2,000 por año para servicios dentales preventivos e integrales.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de cobertura para servicios dentales.</p> <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> <p>Debe usar la red de proveedores Liberty Dental Plan.</p> |
| Servicios para la visión | <p>Usted paga un copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina. (Refracciones de la vista para gafas o lentes de contacto) Se cubre un examen por año.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare. (Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo)</p> <p>Usted recibe una asignación anual de \$150 por dispositivos de corrección de la vista (gafas* [lentes y marcos] y lentes de contacto).</p> | <p>No se requieren autorizaciones previas ni remisiones.</p> <p>Debe usar la red de proveedores de la visión National Vision Administrators (NVA).</p> <p>*Tiene derecho a hasta dos (2) pares de gafas durante un periodo de beneficio.</p> |
| Servicios de salud mental <ul style="list-style-type: none"> • Visitas como paciente | <p>Usted paga un copago de \$330 por día, los días 1 a 5, copago de \$0 por día, los días</p> | <p>Para estadías hospitalarias de atención de salud mental, su médico debe notificar al plan</p> |

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|---|---|--|
| <p>hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de terapia ambulatoria. • Hospitalización parcial. | <p>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, copago de \$0 por día, los días 6 a 60.</p> <p>Usted paga un copago de \$30 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>cuando usted es 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> <p>Se requiere autorización previa para servicios de hospitalización parcial.</p> |
| <p>Centro de enfermería especializada</p> | <p>Usted paga un copago de \$0 por día, los días 1 a 20, copago de \$160 por día, los días 21 a 45, y copago de \$0 por día, los días 46 a 100.</p> | <p>Se requiere autorización previa.</p> |
| <p>Terapia física</p> | <p>Usted paga un copago de \$20 por visita.</p> | <p>Se requiere autorización previa para todas las visitas adicionales a 12 al año.</p> |

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|---|--|---|
| Ambulancia | Usted paga un copago de \$300 por tramo de transporte. | <p>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.</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no es de emergencia.</p> <p>El copago no se aplica si es admitido al hospital como un paciente hospitalizado.</p> |
| Transporte | Usted paga \$0 por servicios de transporte aprobados por el plan. | <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Los miembros pueden acceder a hasta 20 viajes de ida a centros sanitarios aprobados por el plan. El transporte puede incluir viajes en taxi, bus/metro, furgoneta o transporte médico.</p> |
| Medicamentos de Medicare Parte B | 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 mayor que \$100. |
| Equipos/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno). • Prótesis (por ejemplo, | Usted paga el 20 % del costo total del equipo médico duradero. | Se requiere autorización previa para artículos con un precio de compra mayor que \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado. |
| | Usted paga el 20 % del costo total de los dispositivos de prótesis y suministros médicos. | Se requiere autorización previa para dispositivos/suministros con un precio de compra mayor que \$500 o \$38.50 por mes, si es alquilado. |

| Primas y beneficios | Prominence Plus (HMO) Norte de Texas - 001 | Lo que debe saber |
|---|---|--|
| <p>férulas y miembros artificiales) y suministros médicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Insumos para diabéticos. | <p>Usted paga el 0 % del costo total de suministros para diabéticos, incluidos medidores y tiras reactivas.</p> <p>Usted paga el 20 % del costo total de zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos.</p> | <p>Los únicos monitores de glucemia y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR®, fabricados por Ascensia Diabetes Care. Los productos de marcas alternativas no están cubiertos, excepto con solicitud de autorización previa aprobada.</p> |
| <p>Servicios de podología (cuidado de los pies)</p> | <p>Usted paga un copago de \$20 por servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> | <p>No está cubierto el cuidado de los pies de rutina.</p> |
| <p>Atención quiropráctica</p> <ul style="list-style-type: none"> Manipulación de la columna para corregir subluxación | <p>Usted paga un copago de \$20 por los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.</p> | <p>Se requiere autorización previa para todas las visitas adicionales a 12 al año.</p> |
| <p>Programa de comidas</p> | <p>Usted paga \$0.</p> | <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Usted puede calificar para recibir hasta 42 comidas entregadas durante un período de 14 días, según sus necesidades.</p> |
| <p>Beneficio de acondicionamiento físico (Programa de ejercicios y envejecimiento saludable The Silver&Fit®)</p> | <p>Usted paga \$0.</p> | <p>Una membresía gratis para un gimnasio participante y un kit Stay Fit y hasta dos kits Home Fitness por año calendario mediante el programa The Silver&Fit.</p> |
| <p>Productos y medicamentos de venta libre (OTC, por su siglas en inglés)</p> | <p>Usted recibe una asignación de \$35 mensual para artículos OTC.</p> | <p>Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente periodo.</p> |

MEDICAMENTOS RECETADOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS EN FARMACIAS MINORISTAS DENTRO DE LA RED

**Prominence Plus (HMO)
Norte de Texas - 001**

Suministro de 30 días en una farmacia minorista*

| | |
|---|---|
| Etapa de deducible anual | Sin deducibles. |
| Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Genérico preferencial 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 \$0 Usted paga un copago de \$12 Usted paga un copago de \$35 Usted paga un copago de \$100 Usted paga el 33 % del costo total Usted paga un copago de \$0 |
| Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos de medicamentos totales han alcanzado los \$4,130). | Para medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25 % del costo total de los medicamentos con marca • 25 % del costo total de los medicamentos genéricos. Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha. |
| Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$6,550) | Para medicamentos en los Niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$3.70 (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ● • copago de \$9.20 (todos los otros medicamentos) ● • 5 % de coseguro (lo que sea mayor). |

Si usted reside en un centro de atención médica prolongada, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

**MEDICAMENTOS RECETADOS POR CORREO PARA PACIENTES
AMBULATORIOS**

**Prominence Plus (HMO)
Norte de Texas - 001**

Suministro de 100 días por correo

| | |
|---|---|
| Etapa de deducible anual | Sin deducibles. |
| Etapa de cobertura inicial Nivel 1: Genérico preferencial 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 \$0 Usted paga un copago de \$24 Usted paga un copago de \$105 Usted paga un copago de \$300 No disponible Usted paga un copago de \$0 |
| Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa en la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos de medicamentos totales han alcanzado los \$4,130). | Para medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • 25 % del costo total de los medicamentos con marca • 25 % del costo total de los medicamentos genéricos. Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha. |
| Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus costos de bolsillo alcanzan los \$6,550) | Para medicamentos en los Niveles 1, 2, 3, 4, 5 y 6, usted paga: <ul style="list-style-type: none"> • copago de \$3.70 (para medicamentos genéricos o medicamentos que son tratados como genéricos) ○ • copago de \$9.20 (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 2021* en línea en ProminenceMedicare.com.

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

Lista de verificación para preinscripción

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

Comprenda los beneficios

- Revise la lista completa de los beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), en especial para aquellos servicios por los cuales visita a un médico de manera rutinaria. Visite ProminenceMedicare.com o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para consultar una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos a los que visita pertenezcan ahora a la red. Si no se encuentran en la lista, significa que es posible que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le suministra los medicamentos recetados pertenece a la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es posible que deba elegir una nueva farmacia para sus recetas médicas.

Comprender las normas importantes

- Debe seguir pagando la prima de su Medicare Parte B. En general, esta prima se cobra de su cheque del seguro social, cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año del plan.
- Excepto en casos de emergencias o urgencias, no cubrimos los servicios prestados por proveedores que se encuentren fuera de la red (médicos que no se mencionan en el directorio de proveedores).

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 (TTY: 711) desde las 8 a. m. hasta las 8 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Se podrán aplicar límites, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los 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.

El programa The Silver & Fit® es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Incorporated (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se usa con permiso en este documento. Las instalaciones participantes y las cadenas de gimnasios pueden cambiar según la ubicación y están sujetas a cambios.

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 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.

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.