

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Dual (HMO D-SNP)

Región del Norte de Nevada

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

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Prominence Dual (HMO D-SNP)

H5945, 017 (Región del Norte de Nevada)

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Prominence Health Plan desde el 1 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

La información sobre los beneficios que se brinda es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se mencionan todos los servicios que cubrimos ni se incluyen todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite el folleto de la *Evidencia de cobertura 2024* 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 2024* en

ProminenceMedicare.com.

Prominence Dual (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

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

Para unirse a Prominence Dual (HMO D-SNP), debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. En nuestra área de servicio, se incluyen los siguientes condados en Nevada:

H5945-002: Carson City, Churchill, Douglas, Lyon y Storey.

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual de *Medicare y usted*. Puede consultarlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos como en braille o letras más grandes.

Para obtener más información, llámenos al 1-855-969-5882. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es 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. Las llamadas a este número son gratuitas. También puede visitar nuestro sitio web: ProminenceMedicare.com.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible Máximo de gastos de bolsillo (No incluye costos de medicamentos recetados).	\$0 \$8,850 por año	Este plan no tiene deducible. Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por su plan. Como no hay copagos para este plan, los afiliados no llegarán a este límite.
Hospital para internación de pacientes ambulatorios	\$0 por día	Su médico está obligado a notificar al plan cuando es admitido.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios Cirugía ambulatoria u otros servicios recibidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios Atención de observación Servicios del centro de cirugía ambulatoria	\$0 por los servicios hospitalarios ambulatorios \$0 por todos los servicios durante la atención de observación \$0 por servicios recibidos en un centro de cirugía ambulatoria.	Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y del centro quirúrgico ambulatorio.
Consultas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 por consulta de atención primaria. \$0 la consulta con el especialista.	Es posible que se requiera autorización previa para realizar una consulta con un especialista.
Atención preventiva	\$0 para servicios preventivos de Medicare original.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará 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 2024</i> .
Examen físico anual	\$0	Es posible que tenga que realizar copagos por exámenes de detección o pruebas de diagnóstico que reciba antes o después de la consulta.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
Atención en casos de emergencia	\$0 por consulta \$0 para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.	El monto de la cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica para los servicios de emergencia y las consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados.
Atención de urgencia	\$0 por consulta \$0 por una consulta de atención de urgencia fuera de Estados Unidos.	El monto de la cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica para los servicios de emergencia y las consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados.
Servicios de diagnóstico laboratorio e imágenes Servicios de análisis, pruebas y procedimientos de diagnóstico Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética) Servicios radiológicos Terapéuticos Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 para procedimientos de diagnóstico. \$0 por servicios de diagnóstico radiológico (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética). \$0 por servicios radiológicos terapéuticos. \$0 para radiografías.	Se requiere autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y servicios de análisis genéticos.
Servicios para la audición	\$0 por examen de audición de rutina para saber si necesita audífonos. Un examen por año. \$0 para servicios para la audición cubiertos por Medicare. (Exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio). Se aplica un monto de cobertura máxima anual de \$3000 para audífonos (para ambos oídos).	Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de cobertura de los audífonos. Todos los audífonos deben comprarse a través de Hearing Care Solutions. Programe sus citas a través de Hearing Care Solutions al 866-344-7756. No se requiere autorización ni derivaciones previas.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare	\$0	No se requiere autorización ni derivaciones previas.
Servicios odontológicos: preventivos e integrales (El plan odontológico está incluido)	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales están incluidos sin ninguna prima mensual adicional</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>limpieza dental: 2 por año examen bucal: 2 por año radiografía dental: una vez por año servicios que no se consideran de rutina servicios de diagnóstico servicios de restauración endodoncia periodoncia extracciones prostodoncia cirugía oral/maxilofacial</p>	<p>No tienen ningún deducible, copago ni con un coseguro.</p> <p>Cobertura máxima de \$2000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales combinados.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de la cobertura odontológica.</p> <p>Debe usar la red de proveedores de Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
Servicios oftalmológicos	<p>\$0 por examen oftalmológico de rutina (exámenes oftalmológicos para anteojos o lentes de contacto). Un examen por año.</p> <p>\$0 para exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare (exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares).</p> <p>\$500 de asignación anual para anteojos.</p>	<p>Debe usar la red de proveedores oftalmológicos de National Vision Administrators (NVA).</p> <p>No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.</p>
<p>Servicios para la salud mental</p> <p>Consulta de paciente internado</p> <p>Consulta de terapia ambulatorial</p> <p>Hospitalización parcial</p>	<p>\$0 por internaciones de salud Mental</p> <p>\$0 por terapia individual o grupal</p> <p>\$0 por día para servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>Para las hospitalizaciones para la atención de la salud su médico está obligado a notificar al plan cuando es admitido.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para los servicios especializados de salud mental prestados por un profesional que no es médico.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
Centro de enfermería especializada	\$0 para el centro de enfermería especializada	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia	\$0 por consulta	Se requiere autorización previa.
Ambulancia	Usted paga \$0 por tramo de traslado.	<p>Un segmento es el traslado por ambulancia al centro adecuado más cercano.</p> <p>Si después es trasladado por ambulancia a otro centro, usted pagará por otro segmento de traslado.</p> <p>Se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.</p>
<p>Transporte</p> <p>Relacionado con la salud</p> <p>No relacionado con la salud</p>	<p>\$0 para servicios de transporte aprobados por el plan</p> <p>Traslados ilimitados a ubicaciones relacionadas con la atención de salud aprobadas cada año calendario</p> <p>Hasta 20 traslados a lugares que no se relacionan con la salud aprobados por el plan, incluidos supermercados, bancos, gimnasios, centros comunitarios y otros eventos sociales</p>	<p>Pueden aplicarse límites de millaje. Se requiere autorización previa.</p> <p>Para usar el beneficio de transporte no médico usted debe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Estar inscrito en un programa de gestión de la atención con su plan. 2) Usar los transportistas contratados por el plan. 3) Programar el traslado con 72 horas de anticipación.
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Usted paga \$0 por la quimioterapia otros medicamentos de la Parte B.	Es posible que se requiera autorización previa para los medicamentos de la Parte B.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
<p>Equipos/suministros Médicos</p> <p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) e insumos médicos</p> <p>Suministros para diabéticos</p>	<p>Usted paga \$0 por equipos médicos duraderos.</p> <p>Usted paga \$0 para prótesis y suministros médicos.</p> <p>Usted paga \$0 para suministros para diabetes, incluido el medidor y las tiras reactivas</p> <p>Usted paga \$0 por los zapatos o plantillas para diabéticos.</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos y zapatos terapéuticos para diabéticos o plantillas.</p> <p>Los únicos glucómetros y tiras reactivas cubiertos son de marca CONTOUR®. (No se requiere autorización, a menos que se soliciten más de 150 tiras por suministro para 30 días).</p> <p>Los suministros de monitoreo continuo de la glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta son los productos de FREESTYLE LIBRE®.</p> <p>Otras marcas requieren autorización previa y necesidad médica.</p> <p>La cobertura se limita a un medidor o monitor continuo de glucosa cada 365 días.</p>
<p>Servicios de podiatría (Atención de los pies)</p>	<p>\$0 por atención preventiva de los pies</p> <p>\$0 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 para servicios de atención del pie diabético.</p>	<p>Hay un límite de 12 consultas al año para la atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa para todo.</p>
<p>Atención quiropráctica</p>	<p>\$0 por atención quiropráctica de rutina</p> <p>\$0 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare.</p>	<p>Hay un límite de 12 consultas al año para la atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa para todo.</p>
<p>Programa de comidas (posterior al alta hospitalaria)</p>	<p>\$0</p>	<p>Puede reunir los requisitos para recibir hasta 42 comidas durante un período de 14 días, según sus necesidades. Se requiere autorización previa.</p>

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 017 Norte de Nevada	Lo que debe saber
Beneficio en alimentos	<p>Los afiliados con enfermedad renal en fase terminal pueden calificar para recibir \$250 por mes.</p> <p>Los afiliados con otras enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes y muchas más) pueden calificar para recibir \$20 por mes.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización y coordinación de la atención previas.</p> <p>Otras afecciones crónicas incluyen: enfermedades autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones mentales crónicas, discapacidades mentales, dependencia crónica al alcohol y otras drogas, insuficiencia cardíaca crónica, trastornos pulmonares crónicos, demencia, diabetes, enfermedad hepática en fase terminal, arritmias cardíacas VIH/SIDA, hipertensión, obesidad mórbida, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos graves, accidentes cerebrovasculares.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico (El programa de Silver&Fit® de ejercicio y envejecimiento saludable)	\$0	Acceso a la afiliación a un centro de de acondicionamiento físico en una de las ubicaciones participantes de la red. Se puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar, incluido un Fitbit, un Garmin, yoga, kits para una rutina de fuerza y más.
Medicamentos y productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) de venta libre	\$100 de asignación trimestral.	Los saldos sin usar no se transfieren al siguiente período.
Servicios de telesalud	\$0 para servicios de atención médica y salud mental.	Para servicios de atención primaria y sesiones individuales de servicios especializados de salud mental a través de Teladoc.

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de la farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días)*	
Etapa de deducible anual	No tiene deducible.
Etapa de cobertura inicial	Usted paga \$0.
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0.
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0.
Nivel 3: de marca preferido	Usted paga \$0.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$0.
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga \$0.
Nivel 6: medicamentos Select Care	
Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030).	Usted paga \$0.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Usted paga \$0.

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

Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Medicamentos recetados de pedido por correo para pacientes ambulatorios (suministro para 100 días)*	
Etapa de deducible anual	No tiene deducible.
Etapa de cobertura inicial Nivel 1: genérico preferido Nivel 2: genérico Nivel 3: de marca preferido Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: medicamentos de especialidad Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0. Usted paga \$0. Usted paga \$0. Usted paga \$0. No disponible Usted paga \$0.
Etapa de brecha de cobertura (Usted ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos hayan alcanzado los \$5,030).	Usted paga \$0.
Etapa de cobertura catastrófica (Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Usted paga \$0.

La distribución de costos puede cambiar cuando usted ingresa a otra fase del beneficio de la Parte D. Para obtener información más específica sobre las fases del beneficio, llámenos o acceda a nuestra *Evidencia de Cobertura 2024* en línea en [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que conozca plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio de atención 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.

Conozca los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de Cobertura (EOC), en especial de aquellos servicios para los que acude regularmente a un médico. Visite ProminenceMedicare.com o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para obtener una copia de la Evidencia de Cobertura.
- Analice el directorio de proveedores, o pregúntele a su médico, para asegurarse de que los médicos a los que acude ahora están en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente deba elegir un médico nuevo.
- Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba elegir una farmacia nueva para acceder a sus medicamentos recetados.

Conozca las reglas importantes

- Deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Es posible que los beneficios, las primas o los copagos o coseguros cambien el 1 de enero de cada año del plan.
- 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).
- Si actualmente está inscrito en un plan de Medicare Advantage, la cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience la cobertura nueva de Medicare Advantage. Si cuenta con TRICARE®, su cobertura puede verse afectada una vez que comience la cobertura nueva de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE® para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar la póliza de Medigap porque pagaría por una cobertura que no puede usar.

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

Esta información no constituye 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 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 se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores se pueden modificar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

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

Puede consultar 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). No todos los programas y servicios están disponibles en todas las áreas. Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza en este documento con su autorización.

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