

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Giveback (HMO):

Región del norte de Texas

Los Condados de Cooke, Deaf Smith, Fannin, Gray, Grayson, Moore, Potter y Randall.

Y0109_NTXGIVEBACKSB24 SP_M Aceptado por los CMS

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Prominence Giveback (HMO):
H7680, 012 (Norte de Texas)

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

La información sobre beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No se mencionan todos los servicios que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite el folleto de *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](https://www.ProminenceMedicare.com).

Prominence Giveback (HMO) cuenta con 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 estos 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 Prominencias Giveback (HMO), 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 Texas:

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

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actual de *Medicare y usted*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY llaman 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 visitarnos en: [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Reducción de la prima de la Parte B	\$80	Reducción de la prima mensual que usted paga a la Administración del Seguro Social. Esto significa más dinero en su cheque mensual del Seguro Social.
Deducible	\$0	Este plan no tiene deducible.
Máximo de gastos de bolsillo (No incluye costos de medicamentos recetados).	\$6,200 por año.	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por su plan.
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$275 a \$375 por día para los días 1 a 6.* \$0 por día para los días 7 a 90.	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	 \$350 para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. \$295 para atención de observación. \$25 por cirugía ambulatoria.	 Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y del centro quirúrgico ambulatorio. Monto mínimo de copago de \$25 para tratamiento de heridas en el consultorio del proveedor, en un centro quirúrgico ambulatorio o en un centro contratado para el cuidado de heridas.
Consultas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	 \$0 por consulta de atención primaria. \$30 por consulta con el especialista.	 Es posible que se requiera autorización previa para las visitas a especialistas.
Atención preventiva	\$0 para servicios preventivos de Medicare original.	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto. 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 2024</i> .
Examen físico anual	\$0	Es posible que tenga que realizar copagos por exámenes de detección o pruebas de diagnóstico que se tenga que hacer antes o después de esta consulta.

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
Atención en casos de emergencia	<p>\$90 en un centro de emergencias independiente.</p> <p>\$120 en otros centros de emergencia.</p> <p>\$110 para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.</p>	<p>Se eximirá del copago si es admitido en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a la fecha de consulta para recibir atención en caso de emergencia.</p> <p>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.</p>
Atención de urgencia	<p>\$20 por consulta.</p> <p>\$30 por una consulta de atención de urgencia fuera de Estados Unidos.</p>	<p>No se cobra el copago si ingresa en el hospital como paciente internado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a la consulta de atención de urgencia.</p> <p>El monto de la cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica para los servicios de atención de emergencia y urgencias fuera de los Estados Unidos. Se incluyen los procedimientos planificados.</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</p> <p>Procedimientos/pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio</p> <p>Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética)</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 para procedimientos de diagnóstico.</p> <p>\$75 para servicios de diagnóstico radiológico (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética).</p> <p>\$20 para servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>\$0 para radiografías.</p>	<p>Se requiere autorización previa para los servicios de diagnóstico y terapéuticos radiológicos, y para los servicios de laboratorio para pruebas genéticas.</p>
Servicios para la audición	\$10 para servicios para la audición cubiertos por Medicare. (Exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio).	
Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare	\$0	No se requiere autorización previa ni derivación.

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
<p>Servicios odontológicos: preventivos e integrales (El plan odontológico está incluido)</p>	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales se incluyen sin prima mensual adicional. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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>No tienen ningún deducible, copago ni coseguro.</p> <p>Cobertura máxima de \$1,500 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 Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
<p>Odontología: opcional complementaria (Plan odontológico premium)</p>	<p>\$7,500 de subsidio total para odontología preventiva e integral.</p> <p>\$31 de prima mensual.</p>	<p>Red ampliada de odontólogos además de implantes, coronas adicionales y extracciones por encima de la cobertura del plan odontológico básico.</p>
<p>Servicios oftalmológicos</p>	<p>\$0 por examen oftalmológico de rutina (exámenes oftalmológicos para anteojos o lentes de contacto). Un examen por año.</p> <p>\$30 para exámenes oftalmológicos cubiertos por Medicare (exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares).</p> <p>\$200 de subsidio 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>

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
Servicios para la salud mental Consulta de paciente internado Consulta de terapia ambulatorial Hospitalización parcial	\$330 por día para los días 1 a 5. \$0 por día para los días 6 a 90. \$30 por terapia individual o grupal. \$55 por día para servicios de hospitalización parcial.	Para las hospitalizaciones para la atención de la salud mental de paciente internado, su médico está obligado a notificar al plan cuando usted sea admitido. Se requiere autorización previa para las sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para servicios especializados de salud mental de un proveedor no médico. Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días 1 a 20. \$196 por día para los días 21 a 45. \$0 por día para los días 46 a 100.	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia	\$10 por consulta.	Se requiere autorización previa para las consultas adicionales a las 12 anuales.
Ambulancia	Usted paga \$325 por segmento de traslado.	Un segmento es el traslado por ambulancia al centro adecuado más cercano. Si después es trasladado por ambulancia a otro centro, pagará por otro tramo. Se requiere autorización previa para el transporte que no se considere de emergencia. No se aplica el copago si usted es admitido en el hospital como paciente internado.
Transporte	\$0 para servicios de transporte aprobados por el plan	Viajes sencillos ilimitados a ubicaciones relacionadas con la atención médica aprobadas cada año. Es posible que se apliquen límites de millaje. Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Del 0 al 20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Es posible que se requiera autorización previa.
Equipos/suministros Medicos Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) e insumos médicos Suministros para diabéticos	20% del costo total. 20% del costo total. \$0 del costo total de suministros para diabéticos, lo que incluye medidores de glucosa y tiras reactivas. 20% del costo total de zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos.	Se requiere autorización previa para equipos medicos duraderos, prótesis, suministros médicos y calzado o plantillas para diabéticos. Los únicos monitores de glucosa y tiras reactivas cubiertos son productos CONTOUR.® (No se requiere autorización a menos que la cantidad que se solicite sea mayor que 150 tiras para un suministro de 30 días). Los suministros de monitoreo continuo de la glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta son los productos de FREESTYLE® LIBRE. Otras marcas requieren autorización previa y necesidad médica. La cobertura se limita a un medidor o monitor continuo de glucosa cada 365 días.
Servicios de podiatría (Atención de los pies)	\$20 por atención de rutina de los pies. \$30 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare. \$10 para el cuidado del pie diabético.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina. Se requiere autorización previa para todo.
Atención quiropráctica	\$20 por atención quiropráctica de rutina y cubierta por Medicare.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina. Se requiere autorización previa.

Primas y beneficios	Prominence Giveback (HMO): 012 Norte de Texas	Lo que debe saber
Programa de comidas (posterior al alta hospitalaria)	\$0	Usted puede reunir los requisitos para recibir hasta 42 comidas que se le enviarán durante un período de 14 días dependiendo de su necesidad. Se requiere autorización previa.
Beneficio en alimentos	Los afiliados con enfermedad renal en fase terminal pueden calificar para recibir \$250 por mes.	Es posible que se requiera autorización y coordinación de la atención previas.
Beneficio de acondicionamiento físico (El programa Silver&Fit® de envejecimiento y ejercicio saludable)	\$0	Acceso a la afiliación a un centro de de acondicionamiento físico en un lugar participante de la red. Puede seleccionar un kit de gimnasia para el hogar, incluido, Fitbit, Garmin, yoga, kits de resistencia y mucho más.
Medicamentos y productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	\$60 de subsidio trimestral.	Los saldos sin usar no se acumulan para el siguiente período.
Servicios de telesalud	\$0 para servicios de atención médica y salud mental.	Para servicios del médico de atención primaria y sesiones individuales para 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	\$300 El deducible se aplica únicamente a los niveles 3, 4 y 5.
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 \$12. Usted paga \$35 Usted paga \$100. Usted paga el 28% del costo total. 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).	Para medicamentos que se encuentran en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos de 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 a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Una vez que haya llegado a la fase de cobertura catastrófica, usted paga \$0 por los medicamentos recetados de la Parte D.

* 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	\$300 El deducible se aplica únicamente a los niveles 3, 4 y 5.
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 \$24. Usted paga \$70 Usted paga \$300. 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).	Para medicamentos que se encuentran en los Niveles 3, 4 y 5, usted paga: • 25% del costo total de los medicamentos de 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 a la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo por medicamentos alcanzan los \$8,000).	Una vez que haya alcanzado la fase de cobertura catastrófica, usted paga \$0 por los medicamentos recetados de la Parte D.

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 comprenda completamente 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 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.

Conozca los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), en especial para aquellos servicios para los que acude regularmente a un médico. Visite ProminenceMedicare.com o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para consultar una copia de la EOC.
- 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).