

# RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Beneficios a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Dual (HMO D-SNP)

Región del Sur de Texas

Condados de Brooks, Cameron, Guanajuato, Jim  
Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Prominence Dual (HMO)  
H7680, 007 (Sur de Texas)

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 se brinda en 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 del *Certificado de Cobertura 2024* llamando al 1-855-969-5882 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede consultar y descargar el folleto del *Certificado de cobertura 2024* en [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Prominence Dual (HMO) 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 Medicare Advantage HMO con contrato con Medicare.

La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Para unirse a Prominence Dual (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, la cual incluye los siguientes condados de Texas:

H7680-007 (Sur de Texas): condados de Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata

Para conocer la cobertura y los costos de Medicare Original, lea el folleto *Medicare y Usted*.

Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](https://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 TTY deben llamar al -1877-486-2048).

Este documento está disponible en otros formatos, como en Braille o con 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](https://www.ProminenceMedicare.com).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Prominence Dual (HMO DSNP) - 007 Sur de Texas</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0	Este plan no tiene deducible.
<b>Gastos de bolsillo máximos</b> (No incluye los costos de medicamentos con receta).	\$8,850 por año	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos de los servicios médicos cubiertos por su plan.  Como no hay copagos para este plan, los afiliados no llegarán a este límite.
<b>Cobertura para pacientes internados</b>	\$0 por día	Su médico debe notificar al plan cuando lo internen.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  Cirugía ambulatoria u otros servicios prestados en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios  Cuidado de observación  Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios	\$0 por los servicios hospitalarios ambulatorios  \$0 por cuidados de observación  \$0 para el centro quirúrgico ambulatorio	Se requiere autorización previa para recibir servicios ambulatorios, de observación y en centros quirúrgicos ambulatorios.
<b>Consultas al médico</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	\$0 la consulta de atención primaria  \$0 la consulta con el especialista	Es posible que se requiera una derivación y autorización previa para realizar una consulta con un especialista.
<b>Atención preventiva</b>	\$0 por los 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 debe pagar)" en el <i>Certificado de cobertura</i> .
<b>Examen físico anual</b>	\$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 DSNP) - 007 Sur de Texas	Lo que debe saber
<b>Atención de emergencia</b>	\$0 por consulta  \$0 para servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos	El monto de cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica a servicios de atención de emergencia y urgencias recibidos fuera de los Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.
<b>Atención de urgencia</b>	\$0 por consulta  \$0 por una consulta de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos.	El monto de cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica a servicios de atención de emergencia y urgencias recibidos fuera de los Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b>  Servicios de análisis, pruebas y procedimientos de diagnóstico  Servicios radiológicos de diagnóstico (como tomografías computarizadas, IRM)  Servicios radiológicos terapéuticos  Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 para procedimientos de diagnóstico.  \$0 por servicios radiológicos de diagnóstico (como tomografías computarizadas e IRM).  \$20 por servicios radiológicos terapéuticos.  \$0 por radiografías.	Se requiere autorización previa para recibir servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y servicios de análisis genéticos.
<b>Servicios de audición</b>	\$0 por examen de audición de rutina para saber si necesita audífonos. Un examen por año.  \$0 por los servicios de audición que cubre Medicare. (Pruebas de equilibrio y de audición de diagnóstico).  \$3,000 para audífonos por año (por oído).	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 llamando al 866-344- 7756.  No se requiere autorización previa ni derivaciones.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO DSNP) - 007 Sur de Texas	Lo que debe saber
<b>Servicios odontológicos cubiertos por Medicare</b>	\$0	No se requiere autorización previa ni derivaciones.
<b>Servicios odontológicos preventivos e integrales</b> (Plan odontológico incluido)	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales están incluidos sin ninguna prima mensual adicional</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <p>Limpieza dental: 2 por año Examen bucal: 2 por año Radiografías dentales: una vez al año Servicios que no se consideran de rutina Servicios de diagnóstico Servicios de restauración Endodoncia Periodoncia Extracciones Prostodoncia Cirugía bucal/maxilofacial</p>	<p>Sin deducible, copago ni coseguro.</p> <p>Cobertura máxima de \$4,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales combinados.</p> <p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de la cobertura dental.</p> <p>Debe usar la red de proveedores de proveedores de Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<p>\$0 por examen oftalmológico de rutina (exámenes de la vista para ver si necesita anteojos o lentes de contacto). Un examen por año</p> <p>\$0 por exámenes de la vista cubiertos por Medicare (para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares)</p> <p>\$500 de asignación anual para anteojos</p>	<p>Debe usar la red de proveedores de National Vision Administrators (NVA).</p> <p>No se requiere autorización previa</p>
<b>Servicios de salud mental</b>		
Consulta como paciente internado	\$0 por internaciones de salud mental	Para las internaciones de salud mental, su médico debe notificar al plan cuando lo hospitalicen.
Consulta de terapia ambulatoria	\$0 por terapia individual o grupal.	Se requiere autorización previa para recibir sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para los servicios especializados de salud mental prestados por un profesional que no sea médico.
Hospitalización parcial	\$0 por día para servicios de hospitalización parcial	Se requiere autorización previa para recibir servicios de hospitalización parcial.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO DSNP) - 007 Sur de Texas	Lo que debe saber
<b>Centro de enfermería especializada</b>	\$0 para el centro de enfermería especializada	Se requiere autorización previa.
<b>Fisioterapia</b>	\$0	Se requiere autorización previa.
<b>Ambulancia</b>	Usted paga \$0 por tramo de traslado.	<p>Un tramo es el traslado en ambulancia hasta el centro adecuado más cercano.</p> <p>Si lo transportan en ambulancia a otro centro, debe pagar por otro traslado.</p> <p>Se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.</p>
<b>Transporte</b>  Lugares relacionados con la salud  Lugares que no se relacionan con la salud	\$0 por servicios de transporte aprobados por el plan  Traslados ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan cada año calendario  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	Pueden aplicarse límites de millaje.  Se requiere autorización previa.  Para usar el beneficio de transporte no médico, deberá: 1) Estar inscrito en un programa de administración de la atención con su plan. 2) Usar los transportistas contratados por el plan. 3) Programar el traslado con 72 horas de anticipación.
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Usted paga \$0 por la quimioterapia	Es posible que se requiera autorización previa

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO DSNP) - 007 Sur de Texas	Lo que debe saber
<p><b>Equipos y suministros médicos</b></p> <p>Equipo médico duradero (DME) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) e insumos medicos</p> <p>Suministros para personas con diabetes</p>	<p>Usted paga \$0 , incluidos los glucómetros y las tiras reactivas</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos, prótesis, suministros médicos y zapatos o plantillas terapéuticos para personas con diabetes.</p> <p>Los únicos glucómetros y tiras reactivas cubiertos son de marca CONTOUR<sup>®</sup>. (No se requiere autorización, a menos que se soliciten más de 150 tiras en un suministro de 30 días).</p> <p>Los suministros para controlar los niveles de glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta es FREESTYLE LIBRE<sup>®</sup>. Otras marcas requieren autorización previa y ser necesarias desde el punto de vista médico. La cobertura se limita a un glucómetro o un medidor continuo de glucosa por cada 365 días.</p>
<p><b>Servicios de podiatría</b> (cuidado de los pies)</p>	<p>\$0 por atención preventiva de los pies</p> <p>\$0 por servicios cubiertos por Medicare</p> <p>\$0 para el cuidado del pie diabético</p>	<p>Hay un límite de 12 consultas al año para recibir atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos.</p>
<p><b>Atención quiropráctica</b></p>	<p>\$0 por atención quiropráctica de rutina</p> <p>\$0 por servicios quiropráticos cubiertos por Medicare</p>	<p>Hay un límite de 12 consultas al año para recibir atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa para todo.</p>
<p><b>Programa de comidas</b> (después del alta hospitalaria)</p>	<p>\$0</p>	<p>Usted puede reunir los requisitos para recibir hasta 42 comidas que se le enviarán durante un período de 14 días dependiendo de su necesidad.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO DSNP) - 007 Sur de Texas	Lo que debe saber
<b>Beneficio en alimentos y servicios públicos</b>	<p>La asignación se puede usar para comprar alimentos saludables o pagar facturas de servicios, como el agua o la electricidad</p> <p>Los afiliados con enfermedad renal en fase terminal pueden calificar para recibir \$275 por mes</p> <p>Los afiliados con otras enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes y muchas más) pueden calificar por \$125 por mes</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa y la aprobación del equipo de coordinación de la atención.</p> <p>Otras afecciones crónicas incluyen: enfermedades autoinmunes, cáncer, enfermedades 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>
<b>Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS)</b>	\$0	<p>El dispositivo de alerta médica permite a los afiliados obtener ayuda en caso de emergencia, como una caída o un accidente.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa. Consulte el Certificado de Cobertura para obtener detalles del programa.</p>
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> (El programa de ejercicio y envejecimiento saludable Silver&Fit®)	\$0	Acceso a la membresía de un gimnasio en una ubicación de la red participante. Se puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar, que incluye kits de Fitbit, Garmin, yoga, equipos de fuerza y muchos más.
<b>Medicamentos y productos de venta libre</b>	Asignación trimestral de \$280	El saldo sin usar no se transfiere al siguiente período.
<b>Servicios de telesalud</b>	\$0 para servicios de atención médica y de salud mental.	Para servicios de atención primaria y sesiones individuales de servicios especializados de salud mental a través de Teladoc.



<b>Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios de la farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días)*</b>	
<b>Etapa deducible anual</b>	Sin deducible
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0
Nivel 3: marca preferida	Usted paga \$0
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$0
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga \$0
Nivel 6: medicamentos seleccionados para la atención	Usted paga \$0
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos suman \$5030).	Usted paga \$0
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Usted ingresa a la cobertura catastrófica cuando los costos de bolsillo por medicamentos llegan a \$8000).	Usted paga \$0

\*Los medicamentos con receta pueden suministrarse para un periodo de hasta 100 días.  
Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista.

<b>Pedido por correo de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (suministro para 100 días)*</b>	
<b>Etapa deducible anual</b>	Sin deducible
<b>Etapa de cobertura inicial</b>	
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0
Nivel 3: marca preferida	Usted paga \$0
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$0
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga \$0
Nivel 6: medicamentos seleccionados para la atención	Usted paga \$0
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (Ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos suman \$5030).	Usted paga \$0
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (Usted ingresa a la cobertura catastrófica cuando los costos de bolsillo por medicamentos llegan a \$8000).	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 nuestro *Certificado de Cobertura 2024* en línea en [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Además de los servicios de Medicare descritos en la sección “Beneficios adicionales” en las páginas anteriores, Prominence Dual proporciona los siguientes beneficios de Medicaid basados en el nivel de cobertura de Medicaid. Para conocer los criterios de elegibilidad y obtener información adicional acerca de estos servicios, visite: <https://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

Puede haber casos en los que el límite de Medicaid sea mayor que el límite de Medicare. En aquellos casos en que se haya alcanzado el límite de Medicare, Medicaid de Texas o su MCO de STAR PLUS cubrirá la diferencia de los destinatarios elegibles.

**Servicios de Medicaid que se proporcionarán cuando no estén cubiertos por Medicare.**

**RESUMEN DE BENEFICIOS DE MEDICAID DE TEXAS  
PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES ELEGIBLE DE MEDICARE ADVANTAGE DUAL**

<b>Categoría de beneficios</b>	<b>Medicaid de Texas</b>
<b>Servicios de ambulancia</b> (necesarios desde el punto de vista médico)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Dispositivos de comunicación asistida</b> (también conocido como sistema de dispositivo de comunicación aumentativa [ACD])	En el caso de los afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Densitometría ósea</b>	La prueba de densidad ósea es un beneficio de Medicaid de Texas. En el caso de los afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 copago por los servicios cubiertos por Medicaid
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o si se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios quiroprácticos</b>	El tratamiento quiropráctico manipulativo (CMT) realizado por un quiropráctico con licencia por la Junta Estatal de Examinadores de Quiroprácticos es un beneficio de Medicaid de Texas. Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o si se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Pruebas de detección de cáncer colorrectal</b> (para personas de 45 años y más)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
<b>Servicios odontológicos</b> (para personas de 20 años de edad o menos; o 21 años o más con un ICF-IID)	En el caso de los afiliados que cumplen con los criterios, Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Suministros para personas con diabetes</b> (incluye cobertura para tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y radiológicos</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Elección de médicos y hospitales</b>	Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare sobre la elección de médicos y hospitales.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Equipo médico duradero</b> (incluye sillas de ruedas, oxígeno)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Atención de emergencia</b> (cualquier visita a una sala de emergencias si el afiliado cree razonablemente que necesita atención de emergencia)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Enfermedad renal en etapa terminal</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Educación sobre salud y bienestar</b> (Asesoría nutricional para niños, abandono del tabaquismo para mujeres embarazadas y examen anual para adultos)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios de audición</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
<b>Atención médica domiciliaria</b> (incluye atención de enfermería especializada intermitente, servicios de asistencia sanitaria en el hogar, servicios de enfermería privados y servicios de cuidado personal)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Hospicio</b>	Medicaid les paga este servicio a ciertos afiliados de exención si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.  <i>Nota: Cuando los clientes adultos eligen los servicios de hospicio, renuncian a sus derechos a recibir todos los demás servicios de Medicaid relacionados con su enfermedad terminal. No renuncian a sus derechos a recibir los servicios de Medicaid que no se relacionan con su enfermedad terminal.</i>
<b>Vacunas</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	Las estadias hospitalarias como paciente internado son un beneficio cubierto. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare. Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare relacionadas con la elección del hospital.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Atención de salud mental para pacientes internados</b>	Las estadias hospitalarias psiquiátricas para pacientes internados son un beneficio cubierto para afiliados menores de 21 años y mayores de 65 años. Las estadias hospitalarias de cuidados intensivos para pacientes internados sometidos a un tratamiento psiquiátrico son un beneficio cubierto para los afiliados de 21 a 64 años. Medicaid paga el coseguro, los copagos y los deducibles de los servicios cubiertos por Medicare.  Los afiliados deben seguir las pautas de Medicare sobre la elección del hospital.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Mamografías (examen anual)</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
<b>Prima mensual</b>	La ayuda de Medicaid con el pago de la prima puede variar según su nivel de elegibilidad de Medicaid.
<b>Dispositivos ortopédicos y prótesis</b> (Incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	A los afiliados de hasta 20 años (CCP), Medicaid les paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  Medicaid les paga las prótesis mamarias a los afiliados de todas las edades si no las cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	<p>A los afiliados de hasta 21 años, Medicaid les paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>Los servicios de fisioterapia (PT), terapia ocupacional (OT) y terapia del habla (ST) son beneficios de Medicaid de Texas para el tratamiento a corto plazo necesario desde el punto de vista médico de una afección médica aguda o un empeoramiento agudo de una afección médica crónica para afiliados que tienen 21 años de edad o más.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<b>Servicios o cirugías para pacientes ambulatorios</b>	<p>Medicaid paga ciertos servicios quirúrgicos si no los cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<b>Trastorno por uso de sustancias en pacientes ambulatorios</b> (Evaluación, tratamiento o desintoxicación ambulatoria y tratamiento con medicamentos)	<p>Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<b>Exámenes de Papanicolaou y pélvicos</b> (para personas de sexo femenino)	<p>Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>
<b>Servicios de podiatría</b>	<p>Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.</p>
<b>Medicamentos con receta</b>	<p>Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare.</p> <p>Medicaid no cubrirá ningún medicamento de la Parte D de Medicare.</p>

Categoría de beneficios	Medicaid de Texas
<b>Cáncer de próstata</b> <b>Exámenes de detección</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (en un centro de enfermería especializada)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Servicios de telemedicina</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Traslados</b> (de rutina)	Medicaid paga los servicios de transporte médico que no sean de emergencia (NEMT), es decir, servicios relacionados con el transporte que no se consideran de emergencia, disponibles en el plan estatal de Medicaid.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.
<b>Atención médica necesaria de urgencia</b> (NO es de atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, es fuera del área de servicio)	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid..
<b>Servicios oftalmológicos</b>	Medicaid paga este servicio si no lo cubre Medicare o cuando se agota el beneficio de Medicare.  \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid.  Los servicios de un óptico se limitan a ajustes y entrega de anteojos y lentes de contacto que se consideran necesarios desde el punto de vista médico.

¿Tiene alguna pregunta?

Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medicaid. Si tiene preguntas acerca de su elegibilidad de Medicaid y los beneficios a los que tiene derecho, llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).



## 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 el Certificado de cobertura (Evidence of Coverage, EOC), en especial sobre aquellos servicios para los que acude regularmente a un médico. Visite [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com) o llame al 855-969-5882 (TTY: 711) para obtener una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos a los que acude ahora son parte de la red. Si no aparecen en la lista, es probable que deba seleccionar un médico nuevo.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento recetado sea parte de la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que deba seleccionar una farmacia nueva para sus medicamentos con receta.

### Conozca las reglas importantes

- Deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima, por lo general, se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, copagos o coseguros podrían cambiar el 1 de enero de cada año.
- Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red, es decir, 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 nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que se inicie su nueva cobertura de Medicare. 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 estará pagando por una cobertura que no puede usar.

*TRICARE® es una marca registrada del Departamento de Defensa, Agencia de Salud de Defensa. Reservados todos los derechos.*

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) desde las 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 se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* en nuestro sitio web: [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

Puede consultar el *formulario* completo del plan (la lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web en [ProminenceMedicare.com](http://ProminenceMedicare.com).

El programa Silver & Fit<sup>®</sup> es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Incorporated (ASH Fitness), una filial 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 con su permiso en este documento.

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