

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Beneficios a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Extra Help (HMO)

Región del Sur de Texas

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

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2024

Prominence Extra Help (HMO)

H7680, 009 (Región del 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 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](https://www.ProminenceMedicare.com).

Prominence Extra Help (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 HMO con contrato con Medicare.

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

Para unirse a Prominence Extra Help (HMO), debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio, la cual incluye los siguientes condados de Texas:

H7680-009: Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata

Para ver la cobertura y los costos de Medicare Original, lea el folleto 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), 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 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).

Primas y beneficios	Prominence Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	Este plan no tiene deducible.
Gastos de bolsillo máximos (No incluye los costos de medicamentos con receta).	\$3400 por año.	Esto es lo máximo que usted paga de copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por su plan.
Cobertura para pacientes internados	De \$0 a \$50 por día del día 1 al 5* \$0 por día del día 6 al 90 *El copago depende del hospital seleccionado. Determinados servicios hospitalarios se brindan sin costo alguno.	Su médico debe notificar al plan cuando lo hospitalicen.
Cobertura para pacientes Ambulatorios Cirugía ambulatoria u otros servicios prestados en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios Cuidados de observación Servicios en centros quirúrgicos ambulatorios	\$0 para pacientes ambulatorios \$0 para cuidados de observación. \$0 para el centro quirúrgico ambulatorio	Se requiere autorización previa para recibir servicios de observación ambulatorios y servicios de un centro quirúrgico ambulatorio.
Consultas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 por 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.
Atención preventiva	\$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 paga)” en el <i>Certificado de cobertura de 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 Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Atención de emergencia	<p>\$60 en un centro de emergencia independiente.</p> <p>\$125 para otros centros de emergencia.</p> <p>\$125 por servicios de emergencia fuera de los 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 fecha la consulta para recibir atención de emergencia.</p> <p>El monto máximo anual de cobertura de \$25,000 se aplica a servicios de emergencia y consultas de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.</p>
Atención de urgencia	<p>\$0</p> <p>\$0 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 cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica a servicios de atención de emergencia y urgencias recibidos fuera de Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.</p>
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</p> <p>Servicios de análisis, pruebas y procedimientos de diagnóstico</p> <p>Servicios radiológicos de diagnóstico (como tomografías computarizadas, IRM)</p> <p>Servicios radiológicos terapéuticos</p> <p>Radiografías para pacientes ambulatorios</p>	<p>\$0 para procedimientos de diagnóstico.</p> <p>\$0 por servicios radiológicos de diagnóstico (como tomografías computarizadas e IRM).</p> <p>\$20 por servicios radiológicos terapéuticos.</p> <p>\$0 por radiografías.</p>	<p>Se requiere autorización previa para recibir servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y servicios de análisis genéticos.</p>

Primas y beneficios	Prominence Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Servicios de audición	<p>\$0 por examen de audición de rutina para saber si necesita audífonos. Un examen por año.</p> <p>\$0 por los servicios de audición que cubre Medicare. (Pruebas de equilibrio y de audición de diagnóstico).</p> <p>\$600 para audífonos por año (por oído).</p>	<p>Usted es responsable de cualquier monto superior al límite de cobertura de los audífonos.</p> <p>Todos los audífonos deben comprarse a través de Hearing Care Solutions.</p> <p>Programe sus citas a través de Hearing Care Solutions llamando al 866-344- 7756.</p> <p>No se requiere autorización previa ni derivaciones.</p>
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare	\$0	No se requiere autorización previa ni derivaciones.
Servicios odontológicos preventivos e integrales (Plan odontológico incluido)	<p>Se incluyen servicios odontológicos Integrales sin 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 \$3000 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>

Primas y beneficios	Prominence Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Servicios oftalmológicos	<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 (exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo).</p> <p>\$200 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 ni derivaciones.</p>
Servicios de salud mental		
Consulta como paciente internado	\$0 por día	Para las internaciones de salud mental, su médico debe informar al plan cuando lo internen.
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 parciales de hospitalización.
Centro de enfermería especializada	\$0 por día, del día 1 al 20 \$50 por día, del día 21 al 100	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia	\$0	Se requiere autorización previa para realizar más de 12 consultas al año.
Ambulancia	Usted paga \$300 por tramo de traslado.	<p>Un tramo es el traslado en ambulancia hasta el centro adecuado más cercano.</p> <p>Si luego lo transportan en ambulancia a otro centro, debe pagar por otro segmento.</p> <p>Se requiere autorización previa para traslados que no sean de emergencia.</p> <p>No se cobra el copago si ingresa en el hospital como paciente internado.</p>

Primas y beneficios	Prominence Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Transporte	\$0 para los servicios de transporte aprobados por el plan.	Traslados ilimitados a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan cada año. Es posible que se apliquen límites de millaje. Se requiere autorización previa.
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 para los medicamentos de la Parte B.
Equipos y suministros médicos Equipo médico duradero (DME), por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) y suministros médicos Suministros para personas con diabetes	\$0 de costo total, incluidos los glucómetros y tiras reactivas	Se requiere autorización previa para recibir equipo médico duradero, prótesis, suministros médicos y zapatos o plantillas terapéuticos para personas con diabetes. Los únicos glucómetros y tiras reactivas cubiertos son de marca CONTOUR®. (No se requiere autorización, a menos se soliciten más de 150 tiras por suministro para 30 días). Los suministros para el control continuo de la glucosa requieren autorización previa. La única marca cubierta es FREESTYLE LIBRE®. Otras marcas requieren autorización previa y ser necesarias desde el punto de vista médico. La cobertura se limita a un glucómetro o medidor continuo de glucosa cada 365 días.
Servicios de podiatría (cuidado de los pies)	\$0 para atención de rutina de los pies \$0 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare \$0 para el cuidado del pie diabético	Hay un límite de 12 consultas al año para la atención de rutina. Se requiere autorización previa para todo.
Atención quiropráctica	\$0 por atención quiropráctica de rutina \$0 por servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	Hay un límite de 12 consultas al año para la atención de rutina. Se requiere autorización previa para todo.

Primas y beneficios	Prominence Extra Help (HMO) – 009 Sur de Texas	Lo que debe saber
Programa de comidas (posterior al alta hospitalaria)	\$0	Puede reunir los requisitos para recibir hasta 42 comidas durante un período de 14 días, según sus necesidades. Se requiere autorización previa.
Beneficio de alimentos	La asignación se puede usar para comprar alimentos saludables o pagar facturas de servicios, como el agua o la electricidad. Los afiliados con enfermedad renal en fase terminal pueden calificar para recibir \$250 por mes. Los afiliados con otras enfermedades crónicas (como hipertensión, diabetes y muchas más) pueden calificar Para recibir \$100 por mes.	Es posible que se requiera autorización previa y la aprobación del equipo de coordinación de cuidados. Otras afecciones crónicas: trastornos 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.
Beneficio de acondicionamiento físico (El programa de Silver&Fit® de ejercicio y envejecimiento saludable)	\$0	Acceso a la membresía en un centro de acondicionamiento físico participante de la red. Puede seleccionar un kit de gimnasia para el hogar, Fitbit, Garmin, yoga, kits de resistencia y mucho más.
Medicamentos y productos de venta libre (Over-the-Counter, OTC)	Asignación trimestral de \$120	Los saldos no utilizados no se transfieren al al período siguiente.
Servicios de telesalud	\$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.

Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios de la farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días)*	
Etapa deducible anual	Sin deducible
Etapa de cobertura inicial	
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
Etapa de brecha de cobertura (Ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos suman \$5030).	Usted paga \$0
Etapa de cobertura catastrófica (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.

Pedido por correo de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios (suministro para 100 días)*	
Etapa deducible anual	Sin deducible
Etapa de cobertura inicial	
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
Etapa de brecha de cobertura (Ingresa a la etapa de brecha de cobertura cuando sus costos totales de medicamentos suman \$5030).	Usted paga \$0
Etapa de cobertura catastrófica (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).

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 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.

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.

El programa Silver & Fit[®] 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).