

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Dual (HMO D-SNP)

Región de la Florida
Condado de Palm Beach

Y0109_FLDSNPSBF24 SP_M Aceptado por CMS

RESUMEN de BENEFICIOS 2024

Prominence Dual (HMO D-SNP)

H5945, 009 (Florida)

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 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 Medicare Advantage 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. Esta incluye los siguientes condados en Florida:

H5945-009 (Florida): Palm Beach

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte el 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), las 24 horas, 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 visitarnos en: [ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com).

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
Prima mensual del plan	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	\$0	Este plan no tiene deducible.
Gastos de bolsillo máximos (No incluye costos de medicamentos recetados).	\$8,850 por año	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 alcanzarán este límite.
Cobertura de hospitalización de paciente internado	\$0 por día	Su médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.
Cobertura hospitalaria de pacientes ambulatorios Cirugía ambulatoria u otros servicios recibidos en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios Cuidados de observación Servicios del centro de cirugía ambulatoria	\$0	Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y del centro quirúrgico ambulatorio
Consultas al médico Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0	Es posible que se requiera autorización 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 el <i>Certificado de cobertura de 2024..</i>
Examen físico anual	\$0	Usted paga \$0 por las pruebas de detección o pruebas de diagnóstico recibidas en preparación para esta consulta u ordenadas como resultado de esta.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
Atención 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 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 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 radiológicos radiológico (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética). \$0 por servicios radiológicos \$0 por 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 por servicios para la audición cubiertos por Medicare, (exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio). \$3,000 para audífonos por año (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. Programa sus citas a través de Hearing Care Solutions al 866-344-7756. No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.
Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare	\$0	No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
Servicios odontológicos: preventivos e integrales (El plan odontológico está incluido)	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales se incluyen sin 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 coseguro.</p> <p>Cobertura máxima de \$4000 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>
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>
Servicios para la salud mental Consulta de paciente hospitalizado Consulta de terapia ambulatorial Hospitalización parcial	<p>\$0</p>	<p>Para hospitalizaciones por atención de la salud mental, el médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones psiquiátricas individuales o de grupo; no se requiere autorización previa para servicios especializados de salud mental de un proveedor no médico.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
Centro de enfermería especializada	\$0 para el centro de enfermería especializada.	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia	\$0	Se requiere autorización previa.
Ambulancia	Usted paga \$0 por segmento de traslado.	<p>Un segmento es el traslado en ambulancia al centro adecuado más cercano.</p> <p>Si después es trasladado en ambulancia a otro centro, usted pagará por otro segmento de traslado.</p> <p>Se requiere autorización previa para el transporte que no se considere de emergencia.</p>
<p>Transporte</p> <p>Lugares relacionados con la salud</p> <p>Lugares no relacionados con la salud</p>	<p>\$0 para servicios de transporte aprobados por el plan.</p> <p>Traslados sencillos ilimitados a lugares relacionados con la atención de salud aprobados cada año calendario</p> <p>Hasta 20 traslados sencillos 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.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Para usar el beneficio de transporte no médico, deberá:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Estar inscrito en un programa de gestión de la atención con el 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 y otros medicamentos de la Parte B.	Es posible que se requiera autorización previa para medicamentos de la Parte B.

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
<p>Equipos/suministros médicos Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) y suministros médicos</p> <p>Suministros para diabéticos</p>	<p>Usted paga \$0, incluidos glucómetros y tiras reactivas.</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos, prótesis, suministros médicos y zapatos terapéuticos para diabéticos o plantillas.</p> <p>Los únicos medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son productos CONTOUR.® (No se requiere autorización a menos que la cantidad solicitada sea mayor a 150 tiras para un suministro de 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 para servicios de rutina, cubiertos por Medicare y para la atención del pie diabético.</p>	<p>Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa para todo.</p>
<p>Atención quiropráctica</p>	<p>\$0 por atención quiropráctica de rutina cubierta por Medicare.</p>	<p>Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
<p>Programa de comidas (posterior al alta hospitalaria)</p>	<p>\$0</p>	<p>Usted puede reunir los requisitos para recibir hasta 63 comidas que se le enviarán durante un período de 21 días dependiendo de su necesidad.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

Primas y beneficios	Prominence Dual (HMO D-SNP) - 009 Palm Beach	Lo que debe saber
Beneficio en alimentos y servicios públicos	<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 para recibir \$125 por mes.</p>	<p>Es posible que se requieran autorización y aprobación previas de la coordinación de la atención.</p> <p>Otras afecciones crónicas: trastornos autoinmunes, cáncer, trastornos cardiovasculares, afecciones mentales crónicas e incapacitantes, dependencia crónica al alcohol y a otras drogas, insuficiencia cardíaca crónica, trastorno pulmonar crónico, demencia, diabetes, enfermedad hepática en fase terminal, arritmias de corazón, VIH/SIDA, hipertensión, obesidad mórbida, trastornos neurológicos, trastornos hematológicos graves, accidentes cerebrovasculares.</p>
Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS)	\$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>
Beneficio de acondicionamiento físico (El programa Silver&Fit® de envejecimiento y ejercicio saludable)	\$0	Acceso a la afiliación a un centro de acondicionamiento físico en una de las ubicaciones participantes de la red. Opción para seleccionar un kit de acondicionamiento físico para el hogar, lo que incluye un Fitbit, un Garmin, yoga, kits para una rutina de fuerza y mucho más.
Medicamentos y productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)	Asignación trimestral de \$300	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 de especialidad 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 Nivel 1: genérico preferido Nivel 2: genérico Nivel 3: marca preferida Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: medicamentos de especialidad Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0.
Etapa de período sin 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: marca preferida Nivel 4: medicamentos no preferidos Nivel 5: medicamentos de especialidad Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0. Los medicamentos del nivel 5 no están disponibles para envíos por correo.
Etapa de período sin 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 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 nueva cobertura de Medicare Advantage. Si cuenta con TRICARE[®], la cobertura puede verse afectada una vez que comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE[®] para obtener más información. Si tiene un plan de Medigap, una vez que comience la cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar la póliza de Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá usar.

Prominence Health Plan es un plan HMO con un 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).