

RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan

Prominence Plus (HMO)

Región de la Florida
Condado de Palm Beach

Y0109_FLPLUSB24 SP_M Aceptado por CMS

RESUMEN de BENEFICIOS 2024

Prominence Plus (HMO)
H5945, 008 (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 Plus (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 un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Para unirse a Prominence Plus (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. Esta incluye los siguientes condados en

Florida:

H5945-008 (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 Plus (HMO) – 008 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).	\$2,000 por año	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos por servicios médicos cubiertos por su plan.
Cobertura de hospitalización de pacientes internados	\$0 por día	Su médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.
Cobertura hospitalaria para 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 para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. \$0 para cuidados de observación. \$0 para el centro quirúrgico ambulatorio	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. \$10-\$35 por la consulta con un especialista.	Se pueden solicitar derivaciones y 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 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 asumir copagos por exámenes de detección o pruebas de diagnóstico que se tenga que hacer antes o después de esta consulta.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 008 Palm Beach	Lo que debe saber
Atención de emergencia	\$125 por consulta. \$125 para servicios de emergencia fuera de Estados Unidos.	Se le eximirá del copago si es admitido en el hospital como paciente hospitalizado por la misma afección dentro de los tres días posteriores a una consulta de atención de emergencia. El monto de la cobertura máxima anual de \$25,000 se aplica para los servicios de emergencia y las consultas 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 atención de emergencia y las consultas de atención de urgencias fuera de Estados Unidos. No se incluyen los procedimientos planificados.
Servicios de diagnóstico laboratorio e imágenes Servicios de procedimientos de diagnóstico /pruebas y laboratorio Servicios de diagnóstico radiológico (como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética) Servicios radiológicos Terapéuticos Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 para procedimientos de diagnóstico. \$25 por servicios radiológicos radiológico (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes por resonancia magnética). \$20 para servicios radiológicos. \$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 anual. \$0 por servicios para la audición cubiertos por Medicare. (exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio). \$600 para audífonos por año (por oído).	Usted es responsable de cualquier monto que supere el límite de cobertura de los audífonos. Todos los audífonos deben adquirirse a través de Hearing Care Solutions. Programe sus citas a través de Hearing Care Solutions al 866-344-7756. No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 008 Palm Beach	Lo que debe saber
Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare	\$0	No se requieren autorizaciones ni derivaciones previas.
Servicios odontológicos: preventivos e integrales (incluye plan odontológico)	<p>Los servicios odontológicos preventivos e integrales están incluidos</p> <p>sin ninguna prima mensual adicional</p> <p>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, incluidos implantes cirugía oral/maxilofacial 	<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>Deberá usar la red de proveedores Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
Odontología: opcional complementaria (Plan odontológico premium)	<p>\$7,500 de asignación total para odontología preventiva e integral.</p> <p>\$36 de prima mensual.</p>	Red ampliada de odontólogos, más coronas y extracciones adicionales por encima de la cobertura del plan odontológico básico.
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>\$300 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>

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 008 Palm Beach	Lo que debe saber
Servicios para la salud mental Consulta de paciente hospitalizado Consulta de terapia ambulatorial Hospitalización parcial	\$0 por día, del día 1 a 5. \$0 por día, del día 6 a 90. \$0 por terapia individual o grupal. \$0 por día para servicios de hospitalización	Para hospitalizaciones por atención de la salud mental, el médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido. 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. Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización
Centro de enfermería especializada	\$0 por día para los días 1 a 20. \$35 por día para los días 21 a 100.	Se requiere autorización previa.
Fisioterapia	\$0	Se requiere autorización previa para las consultas adicionales a las 12 anuales.
Ambulancia	Usted paga \$175 por segmento de traslado.	Un segmento es el traslado en ambulancia al centro adecuado más cercano. Si después es trasladado en ambulancia a otro centro, usted pagará por otro segmento de traslado. Se requiere autorización previa para el transporte que no se considere de emergencia. El copago no se aplicará si usted es admitido en el hospital como paciente hospitalizado.
Transporte	\$0 para los servicios de transporte aprobados	Traslados sencillos ilimitados a lugares relacionados con la atención de la salud, aprobados por el plan cada año. Se pueden aplicar límites de millaje. Se requiere autorización

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 008 Palm Beach	Lo que debe saber
Medicamentos de la Parte B de Medicare	20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.	Es posible que se requiera autorización para medicamentos de la Parte B.
Equipos y suministros Médicos Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) y suministros médicos Suministros para diabéticos	\$0 del costo total \$0 del costo total \$0 del costo total de los suministros para diabéticos, lo que incluye glucómetros y tiras reactivas. \$0 del costo total de los zapatos o plantillas terapéuticas para diabéticos.	Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos, prótesis, suministros médicos y zapatos terapéuticos para diabéticos o plantillas. Los únicos medidores de glucosa en sangre y tiras reactivas cubiertos son los productos CONTOUR®. (No se requiere autorización a menos que la cantidad solicitada sea mayor a 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)	\$0 por atención preventiva de los pies \$0 por servicios de podiatría cubiertos por Medicare \$0 para servicios de atención del pie diabético.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina. Se requiere autorización previa para todo.
Atención quiropráctica	\$10 por atención quiropráctica de rutina \$0 para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina. Se requiere autorización previa para todo.

Primas y beneficios	Prominence Plus (HMO) – 008 Palm Beach	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 al mes.	Es posible que se requieran autorización y aprobación previas de la coordinación de la atención.
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 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) de venta libre	\$140 de asignación 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 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	Usted paga \$0.
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0.
Nivel 3: marca preferida	Usted paga \$20.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$97
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga el 33% del costo total.
Nivel 6: medicamentos Select Care	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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	No tiene deducible.
Etapa de cobertura inicial	
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0.
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0.
Nivel 3: marca preferida	Usted paga \$40.
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$281.
Nivel 5: medicamentos de especialidad	No disponible.
Nivel 6: medicamentos Select Care	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: <ul style="list-style-type: none"> • 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[®], la 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 la cobertura de Medicare Advantage, es posible que quiera cancelar la póliza de Medigap porque tendrá que pagar por una cobertura que no podrá 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).