

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Beneficios en vigor a partir del 1 de enero de 2024

Prominence Health Plan  
Prominence Beyond (HMO)

Condado de Washoe

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2024

Prominence Beyond (HMO)

H5945, 021 (Washoe)

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 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 Beyond (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 Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Para unirse a Prominence Beyond (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. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Nevada:

H5945-021: Washoe

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](https://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).

<b>Primas y beneficios</b>	<b>Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe</b>	<b>Lo que debe saber</b>
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	Debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducible</b>	\$0	Este plan no tiene deducible.
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b> (No incluye costos de medicamentos recetados).	\$6,200 por año.	Esto es lo máximo que usted paga por copagos, coseguros y otros costos de los servicios médicos cubiertos por su plan.
<b>Cobertura de hospitalización de paciente internado</b>	\$135 a \$425 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.
<b>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios</b>  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 ambulatorios.  \$250 para atención de observación.  \$100 por cirugía en centro ambulatorio.	Se requiere autorización previa para servicios ambulatorios, de observación y en centros quirúrgicos ambulatorios.  Copago mínimo de \$25 para cuidado de heridas en un consultorio del proveedor, centro quirúrgico ambulatorio y centro de cuidado de heridas contratados.
<b>Consultas al médico</b>  Proveedores de atención primaria  Especialistas	\$0 por consulta de atención primaria.  \$45 por consulta con el especialista.	Es posible que se requiera autorización previa para visitas a especialistas.
<b>Atención preventiva</b>	\$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 debe pagar)” en el <i>Certificado de pacientes ambulatorios</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	Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe	Lo que debe saber
<p><b>Atención en casos de emergencia</b></p>	<p>\$80 en un centro de emergencias independiente.</p> <p>\$120 en otros centros de emergencia.</p> <p>\$125 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 de \$50,000 se aplica a servicios de emergencia y las consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados.</p>
<p><b>Atención de urgencia</b></p>	<p>\$50 por consulta.</p> <p>\$30 por una consulta de atención de urgencia 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 la consulta de atención de urgencia.</p> <p>El monto de la cobertura máxima de \$50,000 se aplica a servicios de emergencia y las consultas de atención de urgencia fuera de Estados Unidos. Esto no incluye los procedimientos planificados.</p>
<p><b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b></p> <p>Pruebas y procedimientos 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>\$60- \$100* para servicios de diagnóstico radiológicos (p. ej., tomografías computarizadas e imágenes y resonancias magnéticas).</p> <p>*El copago dependerá del centro utilizado.</p> <p>\$35 para servicios radiológicos terapéuticos</p> <p>\$0 para radiografías.</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y servicios de análisis genéticos.</p>

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe	Lo que debe saber
<b>Servicios para la audición</b>	<p>\$0 por examen de audición de rutina para saber si necesita audífonos. Un examen por año.</p> <p>\$10 para servicios para la audición cubiertos por Medicare. (Exámenes de diagnóstico para la audición y el equilibrio).</p> <p>\$800 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>Programa sus citas a través de Hearing Care Solutions al 866- 344-7756.</p> <p>No se requiere autorización previa</p>
<b>Servicios odontológicos: cubiertos por Medicare</b>	\$0	No se requiere autorización previa
<b>Servicios odontológicos: preventivos e integrales</b> (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 - incluyendo implantes 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 de Delta Dental Medicare Advantage PPO.</p>
<b>Odontología: opcional complementaria</b> (Plan odontológico premium)	<p>\$7,500 de asignación total para odontología preventiva e integral.</p> <p>\$33 de prima mensual.</p>	Red ampliada de odontólogos, además de coronas y extracciones adicionales que superan la cobertura del plan dental básico.

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe	Lo que debe saber
<b>Servicios oftalmológicos</b>	<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>\$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 previas.</p>
<b>Servicios para la salud mental</b> Consulta de paciente internado Consulta de terapia ambulatoria Hospitalización parcial	<p>\$330 por día para los días 1 a 5.            \$0 por día para los días 6 a 90.</p> <p>\$35 por terapia individual o grupal.</p> <p>\$55 por día para servicios de hospitalización parcial.</p>	<p>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.</p> <p>Se requiere autorización previa para las sesiones psiquiátricas individuales o grupales; no se requiere autorización previa para los servicios especializados de salud mental prestados por un profesional que no es médico.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios de hospitalización parcial.</p>
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<p>\$0 por día para los días 1 a 20.            \$203 por día para los días 21 a 100.</p>	Se requiere autorización previa.
<b>Fisioterapia</b>	\$50 por consulta.	Se requiere autorización previa para las consultas adicionales a las 12 anuales.
<b>Ambulancia</b>	Usted paga \$300 por tramo de traslado.	<p>Un tramo es el traslado por ambulancia al centro adecuado más cercano.</p> <p>Si después es trasladado por ambulancia a otro centro, usted pagará por otro tramo. Se requiere autorización previa para el transporte que no se considere de emergencia.</p> <p>No se aplica el copago si usted es admitido en el hospital como paciente internado.</p>

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe	Lo que debe saber
<p><b>Transporte</b> Relacionados con la salud No relacionados con la salud</p>	<p>\$0 para servicios de transporte aprobados por el plan</p> <p>Viajes ilimitados de ida a lugares relacionadas con la atención de salud aprobadas cada año calendario</p> <p>Hasta 20 viajes de ida a lugares que no se relacionan con la salud aprobados por el plan, Incluidas compras en tiendas de alimentos, bancos, gimnasios, centros comunitarios y otros eventos sociales</p>	<p>Viajes ilimitados de ida a lugares relacionadas con la atención de salud aprobadas cada año. Es posible que se apliquen 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"> <li>1) Estar inscrito en un programa de gestión de la atención con su plan.</li> <li>2) Usar los transportistas contratados por el plan.</li> <li>3) Programar el traslado con 72 horas de anticipación.</li> </ol>
<p><b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Del 0 al 20% del costo total de la quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa para medicamentos de la Parte B.</p>
<p><b>Equipos/suministros médicos</b></p> <p>Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)</p> <p>Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) e insumos médicos</p> <p>Suministros para diabéticos</p>	<p>20% del costo total.</p> <p>20% del costo total.</p> <p>\$0 del costo total de suministros para diabéticos, lo que incluye medidores de glucosa y tiras reactivas.</p> <p>20% del costo total de zapatos terapéuticos o plantillas para diabéticos.</p>	<p>Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos, prótesis, suministros medicos y zapatos terapéuticos para diabéticos o plantillas.</p> <p>Los únicos glucómetros y tiras reactivas cubiertos son de marca CONTOUR®. (No se requiere autorización, a menos que se soliciten más de 150 tiras en 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 glucómetro o un medidor continuo de glucosa por cada 365 días.</p>

Primas y beneficios	Prominencia Beyond (HMO) – 021 Condado de Washoe	Lo que debe saber
<b>Servicios de podiatría</b> (Atención de los pies)	\$20 por atención de rutina de los pies. \$35 para servicios de podiatría cubiertos por Medicare. \$35 para el cuidado del pie diabético.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.  Se requiere autorización previa para todo.
<b>Atención quiropráctica</b>	\$20 por atención quiropráctica de rutina. \$20 para servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.	Límite de 12 consultas al año para atención de rutina.  Se requiere autorización previa para todo.
<b>Programa de comidas</b> (después alta hospitalaria)	\$0	Usted puede reunir los requisitos para recibir hasta 84 comidas que se le enviarán durante un período de 28 días dependiendo de su necesidad.  Se requiere autorización previa.
<b>Beneficio en alimentos</b>	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.
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b> (El programa de Silver&Fit® de ejercicio y envejecimiento saludable)	\$0	Acceso a la membresía 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.
<b>Medicamentos y productos de venta libre</b> (OTC, por sus siglas en inglés)	\$110 de asignación trimestral.	Los saldos no utilizados no se transfieren para el siguiente período.
<b>Servicios de telesalud</b>	\$0 para servicios de atención médica y salud mental.	Para servicios médicos de atención primaria y sesiones individuales de servicios especializados de salud mental a través de Teladoc.

<b>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios de la farmacia minorista dentro de la red (suministro para 30 días)*</b>	
<b>Etapa de deducible anual</b>	\$545 El deducible se aplica únicamente a los Niveles 3, 4 y 5.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> 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 seleccionados para la atención	Usted paga \$0. Usted paga \$12. Usted paga \$35 Usted paga \$100. Usted paga el 25% del costo total. Usted paga \$0.
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (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"> <li>• 25% del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• 25% del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (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.

<b>Medicamentos recetados de pedido por correo para pacientes ambulatorios (suministro para 100 días)*</b>	
<b>Etapa de deducible anual</b>	\$545  El deducible se aplica únicamente a los Niveles 3, 4 y 5.
<b>Etapa de cobertura inicial</b> 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 seleccionados para la atención	Usted paga \$0. Usted paga \$24. Usted paga \$70 Usted paga \$300. No disponible. Usted paga \$0.
<b>Etapa de brecha de cobertura</b> (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"> <li>• 25% del costo total de los medicamentos de marca.</li> <li>• 25% del costo total de los medicamentos genéricos.</li> </ul> Los medicamentos de los Niveles 1, 2 y 6 están cubiertos en la brecha.
<b>Etapa de cobertura catastrófica</b> (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](http://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.
- Los beneficios, las primas o los copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- 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](http://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](http://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).