

PARA RESIDENTES DE
los condados de Carson City, Churchill,
Douglas, Lyon y Storey

Prominence
Medicare Advantage

Aspectos destacados de los beneficios de 2025 Planes de beneficios especiales

Planes Prominence
Medicare Advantage

Estos planes están diseñados para personas que
tienen afecciones o coberturas adicionales específicas.

Gran cobertura, de personas que lo cuidan

[ProminenceMedicare.com](https://www.ProminenceMedicare.com)

Y0109_NNVSNPBH25_SP_M_ACEPTADO POR CMS

Aspectos destacados de los beneficios

Planes de beneficios especiales 2025

PRIMAS Y BENEFICIOS	Prominence Ayuda Adicional (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Prima mensual del plan* *deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0* Debe contar con la "Ayuda adicional" de Medicare para pagar \$0.	\$0* Debe contar con los beneficios completos de Medicare y Medicaid
Deducible anual del plan	\$0	\$0
Máximo de gastos médicos de bolsillo	\$3,400 por año	\$9,350 por año Los miembros no tienen copagos, por lo tanto, no alcanzarán este límite.
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Prominence Ayuda Adicional (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Cobertura para paciente hospitalizado	De \$0 a \$250 por día, desde el día 1 hasta el día 6	\$0 por consulta
Hospital de salud mental • Hospitalización • Hospitalización parcial	\$330 por día, desde el día 1 hasta el día 5 \$55 por día	\$0 por consulta \$0 por consulta
Centro de enfermería especializada (SNF) (por período de beneficios)	\$20 por día, desde el día 1 hasta el día 20 \$214 por día, desde el día 21 hasta el día 100	\$0 por consulta
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Prominence Ayuda Adicional (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Visitas al médico • Atención primaria • Especialistas	\$0 por consulta \$20 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta
Atención de salud mental ambulatoria	\$10 por consulta	\$0 por consulta
Servicios de telemedicina	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Examen físico integral anual	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Cirugía ambulatoria • Hospital para pacientes ambulatorios • Centro de cirugía ambulatoria	\$350 por consulta \$25 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta
Atención de urgencia No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$10 por consulta	\$0 por consulta

Aspectos destacados de los beneficios

Planes de beneficios especiales 2025

PRIMAS Y BENEFICIOS	Prominence Ayuda Adicional (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Consultas de emergencia No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$140 por consulta	\$0 por consulta
Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia • Atención de urgencia Cobertura máxima de \$25,000	\$125 por consulta \$30 por consulta	\$125 por consulta \$0 por consulta
Ambulancia No se aplica el copago si lo ingresan en el hospital como paciente internado	\$300 por traslado	\$0
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorio • Pruebas y procedimientos de diagnóstico • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicio de radiología diagnóstica (p. ej., tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética) 	\$0 \$0 \$0 De \$20 a \$60	\$0 \$0 \$0 \$0
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional • Consultas de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje 	\$5 por consulta \$10 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta
Equipo/suministros médicos <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para la diabetes (por ejemplo, medidores y tiras reactivas) • Equipo médico duradero (DME) (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) • Prótesis (p. ej., aparatos ortopédicos o extremidades artificiales) 	\$0 20 % de coseguro 20 % de coseguro	\$0 \$0 \$0
Servicios de podiatría <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado rutinario de los pies Hasta 12 consultas por año • Servicio cubierto por Medicare 	\$10 por consulta \$5 por consulta	\$10 por consulta \$0 por consulta
Servicios quiroprácticos <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quiroprácticos de rutina Hasta 12 consultas por año • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare 	\$10 por consulta \$10 por consulta	\$10 por consulta \$0 por consulta

Aspectos destacados de los beneficios

Planes de beneficios especiales 2025

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES	Prominence Ayuda Adicional (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Servicios odontológicos Servicios odontológicos incluidos	\$2,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales Copago de \$0	\$2,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales Copago de \$0
Servicios odontológicos: complementarios y opcionales • Disponibles con una prima adicional • Extracciones cubiertas	\$7,500 de asignación total para servicios odontológicos preventivos e integrales \$60 de prima mensual Incluye implantes	No incluido
Servicios de la vista • Examen oftalmológico de rutina • Examen oftalmológico cubierto por Medicare • Anteojos	\$0 \$30 Límite de beneficios anuales de \$200	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$500
Servicios para la audición • Examen de audición de rutina • Examen de audición cubierto por Medicare • Audífono	\$0 \$10 Límite de beneficios anuales de \$600 por oído	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$3,000 para ambos oídos
Transporte Viajes de ida a lugares aprobados por el plan. Puede incluir el transporte en taxi, autobús, metro, furgoneta o transporte médico.	48 viajes al año para servicios de transporte relacionados con la salud	48 viajes al año para servicios de transporte relacionados con la salud, más 20 viajes de ida para necesidades no médicas
Programa de acondicionamiento físico Acceso a una afiliación a un centro de acondicionamiento físico o a un kit de acondicionamiento físico para el hogar a través del programa Silver&Fit® de ejercicio y envejecimiento saludable.	Sin costo adicional	Sin costo adicional
Tarjeta de beneficios adicionales	\$50 por mes Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua) Los saldos no utilizados no se acumulan	\$200 por mes Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua) Los saldos no utilizados no se acumulan

El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada de ASH y se utiliza con su permiso en el presente documento.

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

SUMINISTRO DE 30 DÍAS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS EN FARMACIAS MINORISTAS	Prominence Extra Help (HMO)*	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Deducible de la Parte D	\$0	\$0
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 2: genérico	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 3: de marca preferido	Usted paga de \$0 a \$12.15	Usted paga de \$0 a \$12.15
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga de \$0 a \$12.15	Usted paga de \$0 a \$12.15
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga de \$0 a \$12.15	Usted paga de \$0 a \$12.15
Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Período sin cobertura	\$0	\$0
Insulina	\$0	\$0
Vacunas	La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas a \$0	La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas a \$0

***NOTA: Para pagar entre \$0 y \$12.15, sin deducible por medicamentos recetados, debe tener la "Ayuda Adicional" de Medicare.**

ETAPA DE COBERTURA INICIAL	ETAPA DE COBERTURA EN CASO DE CATÁSTROFES
Usted cubrirá su parte de los costos hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000.	Una vez que pase a esta última etapa, pagará \$0 por sus medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año.

Prominence Health Plan es un plan de organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) que tiene contrato con Medicare.

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

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro número de Servicios para miembros al 1-855-969-5882 (TTY: 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.

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.

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

Prominence
Health

www.prominencemedicare.com