

PARA RESIDENTES DE
los condados de Brooks, Cameron,
Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy
y Zapata

Prominence
Medicare Advantage

Aspectos destacados de los beneficios de 2025 Planes de beneficios especiales Prominence Medicare Advantage

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

**Gran cobertura, de personas
a quienes les importa**



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

Y0109_STXSNPBH25_SP_M_ACEPTADO POR CMS

Aspectos destacados de los beneficios Planes de beneficios especiales 2025

PRIMAS Y BENEFICIOS	Prominence Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Prima mensual del plan* *deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 debe tener diabetes o una afección cardíaca crónica	\$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	\$0
Máximo de gastos médicos de bolsillo	\$3,400 por año	\$3,400 por año	\$9,350 por año Los copagos son de \$0, por lo tanto, los miembros no alcanzarán este límite.
SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS	Prominence Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Cobertura para paciente hospitalizado	\$150 por estadía	De \$0 a \$50 por día, desde el día 1 hasta el día 5	\$0 por consulta
Hospital de salud mental • Hospitalización • Hospitalización parcial	\$0 por día, desde el día 1 hasta el día 5 \$0 por día	\$0 por día, desde el día 1 hasta el día 5 \$0 por día	\$0 por consulta \$0 por consulta
Centro de enfermería especializada (SNF) (por período de beneficios)	\$0 por día, desde el día 1 hasta el día 20 \$50 por día, desde el día 21 hasta el día 100	\$0 por día, desde el día 1 hasta el día 20 \$50 por día, desde el día 21 hasta el día 100	\$0 por consulta
ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS	Prominence Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Visitas al médico • Atención primaria • Especialistas	\$0 por consulta De \$0 a \$10 por consulta	\$0 por consulta De \$0 a \$5 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta
Atención de salud mental ambulatoria	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Servicios de telemedicina	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Examen físico integral anual	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Cirugía ambulatoria • Hospital para pacientes ambulatorios • Centro de cirugía ambulatoria	\$0 por consulta \$0 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta	\$0 por consulta \$0 por consulta

Aspectos destacados de los beneficios Planes de beneficios especiales 2025

PRIMAS Y BENEFICIOS	Prominence Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Atención de urgencia No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
Consultas de emergencia No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$140 por consulta	\$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	\$125 por consulta \$0 por consulta
Ambulancia No se aplica el copago si lo ingresan en el hospital como paciente internado	\$275 por traslado	\$275 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
Servicios de rehabilitación <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de terapia ocupacional • Consultas de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje 	\$0 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	\$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 	\$20 por consulta	\$5 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 	\$20 por consulta	\$20 por consulta	\$20 por consulta

Aspectos destacados de los beneficios Planes de beneficios especiales 2025

BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES	Prominence Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Servicios odontológicos incluidos Servicios odontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Sin copago 	\$3,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales	\$3,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales	\$4,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales
Servicios odontológicos complementarios opcionales <ul style="list-style-type: none"> • Disponibles con una prima adicional • Extracciones cubiertas • Incluye implantes 	Cobertura total de \$7500 \$44 por mes	Cobertura total de \$7500 \$44 por mes	No incluido
Servicios de la vista <ul style="list-style-type: none"> • Examen oftalmológico de rutina • Examen oftalmológico cubierto por Medicare • Anteojos 	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$200	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$200	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$500
Servicios para la audición <ul style="list-style-type: none"> • Examen de audición de rutina • Examen de audición cubierto por Medicare • Audífono 	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$600 por oído	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$600 por oído	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$3,000 por ambos oídos
Transporte Viajes de ida a lugares aprobados por el plan. Puede incluir el transporte en taxi, autobús, metro, furgoneta o transporte médico.	24 viajes de ida al año a lugares relacionados con la salud	48 viajes de ida al año a lugares 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	Sin costo adicional
Tarjeta de beneficios adicionales	\$120 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables Los saldos no utilizados no se acumulan	\$120 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	\$180 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 Diabetes & Heart (HMO-CSNP)	Prominence Extra Help (HMO)*	Prominence Dual (HMO-DSNP)
Deducible de la Parte D	\$0	\$0	\$0
Nivel 1: genérico preferido	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 2: genérico	Usted paga \$15	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 3: de marca preferido	Usted paga \$45	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 4: medicamentos no preferidos	Usted paga \$100	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 5: medicamentos de especialidad	Usted paga el 33 %	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Nivel 6: medicamentos Select Care	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
Insulina	De \$15 a \$35 con insulinas más comunes disponibles a \$15.	\$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	La mayoría de las vacunas de la Parte D están cubiertas a \$0

***NOTA: Para pagar \$0 y sin deducible por medicamentos recetados, debe contar con 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).

