

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

Prominence  
Medicare Advantage

## Beneficios destacados de 2025

Planes Prominence  
Medicare Advantage

Gran cobertura, de personas a quienes les importa



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

Y0109\_STXBH25\_SP\_M\_ACEPTADO POR CMS

## Beneficios destacados de 2025

<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>	<b>Prominence Plus (HMO)</b>	<b>Prominence Beyond (HMO)</b>	<b>Prominence Giveback (HMO)</b>
<b>Prima mensual del plan*</b> *deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0	\$0	\$0
<b>Descuentos de la Parte B</b>	\$0	\$0	\$165
<b>Deducible anual del plan</b>	\$0	\$0	\$0
<b>Máximo de gastos médicos de bolsillo</b>	\$3,400	\$4,150	\$7,500
<b>SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS</b>	<b>Prominence Plus (HMO)</b>	<b>Prominence Beyond (HMO)</b>	<b>Prominence Giveback (HMO)</b>
<b>Cobertura para paciente hospitalizado</b>	\$150 por estadía	De \$175 a \$350 por día, desde el día 1 hasta el día 5	De \$285 a \$375 por día, desde el día 1 hasta el día 6
<b>Hospital de salud mental</b> • 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	\$330 por día, desde el día 1 hasta el día 5 \$0 por día
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (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	\$20 por día, desde el día 1 hasta el día 20/\$214 por día, desde el día 21 hasta el día 100	\$0 por día, desde el día 1 hasta el día 20/\$214 por día, desde el día 21 hasta el día 100
<b>ATENCIÓN PARA PACIENTES AMBULATORIOS</b>	<b>Prominence Plus (HMO)</b>	<b>Prominence Beyond (HMO)</b>	<b>Prominence Giveback (HMO)</b>
<b>Visitas al médico</b> • Atención primaria • Especialistas	\$0 por consulta \$10 por consulta	\$0 por consulta \$45 por consulta	\$0 por consulta \$45 por consulta
<b>Atención de salud mental ambulatoria</b>	\$0 por consulta	\$5 por consulta	\$0 por consulta
<b>Servicios de telemedicina</b>	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
<b>Examen físico integral anual</b>	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$0 por consulta
<b>Cirugía ambulatoria</b> • Hospital para pacientes ambulatorios • Centro de cirugía ambulatoria	\$0 por consulta \$0 por consulta	\$100 por consulta \$0 por consulta	\$200 por consulta \$25 por consulta
<b>Atención de urgencia</b> No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$0 por consulta	\$0 por consulta	\$35 por consulta
<b>Consultas de emergencia</b> No se aplica el copago si es admitido en el hospital por un período de 3 días.	\$140 por consulta	\$140 por consulta	\$110 por consulta

## Beneficios destacados de 2025

<b>PRIMAS Y BENEFICIOS</b>	<b>Prominence Plus (HMO)</b>	<b>Prominence Beyond (HMO)</b>	<b>Prominence Giveback (HMO)</b>
<b>Atención de emergencia y urgencia en todo el mundo •</b> Atención de emergencia • Atención de urgencia	\$125 por consulta \$30 por consulta Cobertura máxima de \$25,000	\$125 por consulta \$0 por consulta Cobertura máxima de \$25,000	\$125 por consulta \$30 por consulta Cobertura máxima de \$25,000
<b>Ambulancia</b> No se aplica el copago si lo ingresan en el hospital como paciente internado	\$275 por traslado	\$175 por traslado	\$325 por traslado
<b>Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes</b> • 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 \$0	\$0 \$0 \$0 \$50	\$0 \$0 \$0 \$100
<b>Servicios de rehabilitación</b> • Consulta de terapia ocupacional • Consultas de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje	\$0 por consulta \$0 por consulta	\$10 por consulta \$5 por consulta	\$25 por consulta \$25 por consulta
<b>Equipo/suministros médicos</b> • 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	\$0 20 % de coseguro \$0	\$0 20 % de coseguro 20 % de coseguro
<b>Servicios de podiatría</b> • Cuidado rutinario de los pies Hasta 12 consultas por año • Servicio cubierto por Medicare	\$20 por consulta \$0 por consulta	\$20 por consulta \$5 por consulta	No incluido \$0 por consulta
<b>Servicios quiroprácticos</b> • Servicios quiroprácticos de rutina Hasta 12 consultas por año • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare	\$20 por consulta \$0 por consulta	\$20 por consulta \$10 por consulta	No incluido \$15 por consulta

## Beneficios destacados de 2025

<b>BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS ADICIONALES</b>	<b>Prominence Plus (HMO)</b>	<b>Prominence Beyond (HMO)</b>	<b>Prominence Giveback (HMO)</b>
<b>Servicios odontológicos</b> Servicios odontológicos incluidos	\$3,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales Copago de \$0	\$4,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales Copago de \$0 Incluye implantes	\$1,000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales Copago de \$0 en servicios preventivos
<b>Servicios odontológicos complementarios opcionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibles con una prima adicional</li> <li>• Extracciones cubiertas</li> </ul>	Cobertura total de \$7,500 Prima mensual de \$44 Incluye implantes	Cobertura total de \$7,500 Prima mensual de \$43	Cobertura total de \$7,500 Prima mensual de \$47 Incluye implantes
<b>Servicios de la vista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen oftalmológico de rutina</li> <li>• Examen oftalmológico cubierto por Medicare</li> <li>• Anteojos</li> </ul>	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$200	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$500	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$200
<b>Servicios para la audición</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de audición de rutina</li> <li>• Examen de audición cubierto por Medicare</li> <li>• Audífono</li> </ul>	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$600 por oído	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$800 por oído	\$0 \$0 Límite de beneficios anuales de \$600 por oído
<b>Transporte</b> 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	No incluido	No incluido
<b>Programa de acondicionamiento físico</b> 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
<b>Tarjeta de beneficios adicionales</b>	\$120 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables Los saldos no utilizados no se acumulan	\$135 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) Los saldos no utilizados no se acumulan	No incluido

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 Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
<b>Deducible de la Parte D</b>	\$0	\$0	\$250
<b>Nivel 1: genérico preferido</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Nivel 2: genérico</b>	Usted paga \$12	Usted paga \$12	Usted paga \$15
<b>Nivel 3: de marca preferido</b>	Usted paga \$45	Usted paga \$47	Usted paga \$47
<b>Nivel 4: medicamentos no preferidos</b>	Usted paga \$100	Usted paga \$100	Usted paga \$100
<b>Nivel 5: medicamentos de especialidad</b>	Usted paga el 33 %	Usted paga el 33 %	Usted paga el 30 %
<b>Nivel 6: medicamentos Select Care</b>	Usted paga \$0	Usted paga \$0	Usted paga \$0
<b>Insulina</b>	El costo de cada suministro de insulina para 30 días cubierto por nuestro plan no excederá los \$35.	El costo de cada suministro de insulina para 30 días cubierto por nuestro plan no excederá los \$35.	El costo de cada suministro de insulina para 30 días cubierto por nuestro plan no excederá los \$35.
<b>Vacunas</b>	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

### ETAPA DE COBERTURA INICIAL

Usted cubrirá su parte de los costos hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000.

### ETAPA DE COBERTURA EN CASO DE CATÁSTROFES

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](http://www.prominencemedicare.com)