

Resumen de beneficios 2025

Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

Prominence Plus (HMO) H7680-002

Prominence Beyond (HMO) H7680-011

Prominence Giveback (HMO) H7680-014

Región del sur de Texas - Planes Estándar

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

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

1

SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

La información sobre los beneficios que se proporciona es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No menciona todos los servicios o todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "**Evidencia de cobertura**". También puede ver la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web, www.prominencemedicare.com.

Usted tiene varias opciones para acceder a sus beneficios de Medicare:

- Una opción es recibir sus beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare de pago por servicio). Original Medicare es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios mediante la afiliación a un plan de salud de Medicare, como **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)**.

Sugerencias para comparar sus opciones de Medicare:

Este folleto de Resumen de beneficios le ofrece un resumen de lo que cubre **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)**, así como lo que usted debe pagar.

- Si desea comparar nuestro plan con los folletos de Resumen de beneficios de otros planes, solicite los folletos de Resumen de beneficios de los otros planes. O bien, use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual actual **Medicare y Usted**. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este folleto

- Aspectos fundamentales sobre **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)**
- Prima mensual, Deducible y Límites de costos por servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Este documento está disponible en otros formatos como en braille o en letras más grandes.

También puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Para obtener más información, llámenos al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Aspectos fundamentales sobre Prominence Plus (HMO), Prominence Beyond (HMO) y Prominence Giveback (HMO)

Horario de atención e información de contacto

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.
- Si es miembro de este plan, llámenos al 1-855-969-5882, TTY: 711.
- Si no es miembro de este plan, llámenos al 866-747-8855, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: www.prominencemedicare.com.

¿Quiénes pueden inscribirse?

Para inscribirse en **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)** debe cumplir con los siguientes requisitos: estar habilitado para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. Las áreas de servicio de **Prominence Plus (HMO)**, **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)** incluyen los siguientes condados en Texas: Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Prominence Plus (HMO), **Prominence Beyond (HMO)** y **Prominence Giveback (HMO)** cuentan con 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 cubra esos servicios.

En general, deberá utilizar farmacias de la red para obtener los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Puede consultar el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.prominencemedicare.com).

También puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y *mucho más*. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, incluyendo medicamentos para quimioterapia y ciertos medicamentos suministrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, www.prominencemedicare.com.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan clasifica cada medicamento en uno de seis "niveles". Deberá utilizar el formulario para identificar el nivel en el que se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel del medicamento y del estado del beneficio en el que se encuentre. Más adelante en este documento, explicamos las etapas de beneficios: Cobertura inicial y Cobertura en caso de catástrofes.

**Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan,
comuníquese con Prominence Health Plan.**

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

Prominence Plus
(HMO)

Prominence Beyond
(HMO)

Prominence
Giveback (HMO)

PRIMA MENSUAL, DEDUCIBLE Y LÍMITES DE COSTOS POR SERVICIOS CUBIERTOS

Prima mensual del plan	No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado si tiene Prominence Plus (HMO). Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare.	No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado si tiene Prominence Beyond (HMO). Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare.	No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado si tiene Prominence Plus (HMO). Recibe un crédito mensual de \$165 para la Parte B de Medicare.
Deducible	Deducible médico: No corresponde. Deducible de medicamentos recetados: No corresponde.	Deducible médico: No corresponde. Deducible de medicamentos recetados: No corresponde.	Deducible médico: No corresponde. Deducible de medicamentos recetados: \$250 para los niveles 3, 4 y 5.
Responsabilidad del monto máximo de gastos de bolsillo	Límites anuales en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$3,400 para los servicios recibidos de proveedores de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, continuará recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y nosotros cubriremos el costo total por el resto del año.	Límites anuales en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$4,150 para los servicios recibidos de proveedores de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, continuará recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y nosotros cubriremos el costo total por el resto del año.	Límites anuales en este plan: <ul style="list-style-type: none"> \$7,500 para los servicios recibidos de proveedores de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, continuará recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos, y nosotros cubriremos el costo total por el resto del año.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Hospital para internación de pacientes	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$150 por estadía.</p> <p>Su médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Nivel 1:</u></p> <p>Días 1 a 5: copago de \$175 por día.</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p><u>Nivel 2:</u></p> <p>Días 1 a 5: copago de \$350 por día.</p> <p>Días 6 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Su médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p><u>Nivel 1:</u></p> <p>Días 1 a 6: copago de \$285 por día.</p> <p>Días 7 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p><u>Nivel 2:</u></p> <p>Días 1 a 6: copago de \$375 por día.</p> <p>Días 7 a 90: copago de \$0 por día.</p> <p>Su médico está obligado a notificar al plan cuando usted es admitido.</p>
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios:	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios: copago de \$0.</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$0.</p> <p>Servicios de observación: copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios: copago de \$100.</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$100.</p> <p>Servicios de observación: copago de \$100.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios: Copago de \$200</p> <p>Cirugía ambulatoria: copago de \$200.</p> <p>Servicios de observación: Copago de \$295</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>
Centro quirúrgico ambulatorio	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$0.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Centro quirúrgico ambulatorio: copago de \$25.</p> <p>Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Consultas médicas	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta al proveedor de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$10.</p> <p>Se pueden requerir derivaciones y autorización previa para consultas con especialistas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta al proveedor de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$45.</p> <p>Se pueden requerir derivaciones y autorización previa para consultas con especialistas.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Consulta al proveedor de atención primaria: copago de \$0.</p> <p>Consulta con un especialista: copago de \$45.</p> <p>Se pueden requerir derivaciones y autorización previa para consultas con especialistas.</p>
Atención preventiva (p. ej., vacuna contra la gripe, pruebas de detección para diabéticos)	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costos compartidos.</p> <p>Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional autorizado por Medicare durante el año del contrato.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costos compartidos.</p> <p>Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional autorizado por Medicare durante el año del contrato.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por todos los servicios preventivos cubiertos por Original Medicare sin costos compartidos.</p> <p>Se cubrirá cualquier otro servicio preventivo adicional autorizado por Medicare durante el año del contrato.</p>
Atención en casos de emergencia	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$140 por consulta.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 3 días, no tendrá que pagar su parte de los costos por la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura en casos de emergencia a nivel mundial: copago de \$125.</p> <p>Se aplica el monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para los servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Este beneficio no incluye aquellos procedimientos planificados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$140 por consulta.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 3 días, no tendrá que pagar su parte de los costos por la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura en casos de emergencia a nivel mundial: copago de \$125.</p> <p>Se aplica el monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para los servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Este beneficio no incluye aquellos procedimientos planificados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$110 por consulta.</p> <p>Si ingresa en el hospital en un plazo de 3 días, no tendrá que pagar su parte de los costos por la atención de emergencia.</p> <p>Cobertura en casos de emergencia a nivel mundial: copago de \$125.</p> <p>Se aplica el monto máximo de cobertura anual de \$25,000 para los servicios de emergencia y atención de urgencia fuera de los Estados Unidos. Este beneficio no incluye aquellos procedimientos planificados.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Servicios de urgencia	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta. Copago de \$30 por una consulta de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$0 por consulta. Copago de \$0 por una consulta de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Copago de \$35 por consulta. Copago de \$30 por una consulta de urgencia fuera de los Estados Unidos.</p>
Servicios de diagnóstico/Laboratorios/Imágenes	<p><u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0. Servicios de laboratorio: copago de \$0. Servicios de radiología diagnóstica, por ejemplo, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada: copago de \$0. Radiografías: copago de \$0. Servicios de radiología terapéutica, como radioterapia para el cáncer: copago de \$20. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0. Servicios de laboratorio: copago de \$0. Servicios de radiología diagnóstica, como imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada: \$50 de copago Radiografías: copago de \$0. Servicios de radiología terapéutica, como tratamiento de radiación para el cáncer: 20 % del costo total. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0. Servicios de laboratorio: copago de \$0. Servicios de radiología diagnóstica (por ejemplo, imagen por resonancia magnética, tomografía computarizada): copago de \$100. Radiografías: copago de \$0. Servicios de radiología terapéutica, como tratamiento de radiación para el cáncer: 20 % del costo total. Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
<p>Servicios para la audición</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año: copago de \$0. Audífonos: hasta \$600 por año para audífonos (por oído). Los miembros deben utilizar la red de Hearing Care Solutions (HCS) para la compra de audífonos. Cobertura máxima de \$3000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales combinados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año: copago de \$0. Audífonos: hasta \$800 por año para audífonos (por oído). Los miembros deben utilizar la red de Hearing Care Solutions (HCS) para la compra de audífonos. Cobertura máxima de \$4000 por año para servicios odontológicos preventivos e integrales combinados.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de audición cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y de equilibrio: copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año: copago de \$0. Audífonos: hasta \$600 por año para audífonos (por oído). Los miembros deben utilizar la red de Hearing Care Solutions (HCS) para la compra de audífonos. Cobertura máxima de \$1000 por año para servicios dentales preventivos e integrales combinados.</p>

**Servicios odontológicos –
Servicios incluidos**

Dentro de la red:

Servicios odontológicos preventivos:

- Examen bucal (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0.

Servicios odontológicos integrales:

- Servicios de endodoncia: copago de \$0.
- Servicios de periodoncia: copago de \$0.
- Servicios de restauración: copago de \$0.
- Prostodoncia: copago de \$0.
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0.
- Servicios generales complementarios: copago de \$0.

Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental.

Dentro de la red:

Servicios odontológicos preventivos:

- Examen bucal (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0.

Servicios odontológicos integrales:

- Servicios de endodoncia: copago de \$0.
- Servicios de periodoncia: copago de \$0.
- Servicios de implantes (hasta 2 cada año): copago de \$0.
- Servicios de restauración: copago de \$0.
- Prostodoncia: copago de \$0.
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial: copago de \$0.
- Servicios generales complementarios: copago de \$0.

Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental.

Dentro de la red:

Servicios odontológicos preventivos:

- Examen bucal (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Limpieza (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Tratamiento con flúor (hasta 2 consultas al año): copago de \$0.
- Radiografías dentales (hasta 1 consulta al año): copago de \$0.

Servicios odontológicos integrales:

- Servicios de endodoncia: copago de \$100.
- Servicios de periodoncia: copago de \$50 a \$100.
- Servicios de restauración: copago de \$50 a copago de \$100.
- Prostodoncia: Copago de \$50
- Servicios de cirugía oral y maxilofacial: Copago de \$50
- Servicios generales complementarios: copago de \$0 a \$50.

Los miembros deben utilizar la red de proveedores de FCL Dental.

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS OPCIONALES			
¿Cuál es el límite máximo que pagará este plan por año calendario?	Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$7,500 por año calendario. \$44 de prima mensual. Se incluyen 2 implantes al año.	Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$7,500 por año calendario. \$43 de prima mensual.	Este plan odontológico cubrirá hasta un máximo de \$7,500 por año calendario. \$47 de prima mensual. Se incluyen 2 implantes al año.
BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS (continuación)			
Servicios oftalmológicos	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluyendo la prueba de detección anual de glaucoma): copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año): copago de \$0. Anteojos (monturas y lentes): Nuestro plan cubre hasta \$200 al año para la compra de anteojos. Debe usar la red de proveedores de la vista de National Vision Administrators (NVA).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluyendo la prueba de detección anual de glaucoma): copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año): copago de \$0. Anteojos (monturas y lentes): Nuestro plan cubre hasta \$500 al año para la compra de anteojos. Debe usar la red de proveedores de la vista de National Vision Administrators (NVA).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista (incluyendo la prueba de detección anual de glaucoma): copago de \$0. Examen de la vista de rutina (hasta 1 consulta al año): copago de \$0. Anteojos (monturas y lentes): Nuestro plan cubre hasta \$200 al año para la compra de anteojos. Debe usar la red de proveedores de la vista de National Vision Administrators (NVA).</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Atención de salud mental	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$0. Consulta de terapia individual: Copago de \$0 Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: copago de \$0. Hospitalización parcial Copago de \$0 Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$5. Consulta de terapia individual: Copago de \$5 Atención de salud mental para pacientes hospitalizados: copago de \$0. Hospitalización parcial Copago de \$0 Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia grupal ambulatoria: copago de \$20. Consulta de terapia individual: Copago de \$20 Atención de salud mental para pacientes internados Días 1 a 5: copago de \$330 por día. Días 6 a 90: copago de \$0 por día. Hospitalización parcial Copago de \$0 Se requiere autorización previa para servicios médicos.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 20: copago de \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$50 por día. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 20: copago de \$20 por día. Días 21 a 100: copago de \$214 por día. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Días 1 a 20: copago de \$0 por día. Días 21 a 100: copago de \$214 por día. Puede requerir autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios:	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia ocupacional: copago de \$0. Consulta para fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje: copago de \$0. Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia ocupacional: copago de \$10. Consulta para fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje: copago de \$5. Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Consulta de terapia ocupacional: copago de \$25. Consulta para fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje: copago de \$25. Se requiere autorización previa si se realizan más de 12 consultas al año.</p>

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Ambulancia	<p><u>Dentro de la red:</u> copago de \$275 por traslado. Un tramo se refiere al transporte en ambulancia al establecimiento médico calificado más cercano. Se exime del copago si se le admite como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa únicamente para transporte que no se considere de emergencia.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> copago de \$175 por traslado. Un tramo se refiere al transporte en ambulancia al establecimiento médico calificado más cercano. Se exime del copago si se le admite como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa únicamente para transporte que no se considere de emergencia.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> copago de \$325 por traslado. Un tramo se refiere al transporte en ambulancia al establecimiento médico calificado más cercano. Se exime del copago si se le admite como paciente hospitalizado. Se requiere autorización previa únicamente para transporte que no se considere de emergencia.</p>
Transporte	<p><u>Dentro de la red:</u> copago de \$0. 24 viajes de ida al año a una ubicación aprobada por el plan, que esté relacionada con la salud. Pueden aplicarse límites de millaje.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Sin cobertura.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Sin cobertura.</p>
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Dentro de la red:</u> Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. Puede requerir autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u> Para los medicamentos de la Parte B, como los medicamentos de quimioterapia: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. Puede requerir autorización previa.</p>

Beneficios/servicios adicionales	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Atención quiropráctica	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: copago de \$20 por consulta. 12 consultas de rutina al año.</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: copago de \$20 por consulta. 12 consultas de rutina al año.</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$10.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención quiropráctica de rutina: Sin cobertura</p> <p>Atención quiropráctica cubierta por Medicare: copago de \$15.</p>
Beneficio de acondicionamiento físico	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.</p>
Cuidado de los pies	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención de podiatría de rutina copago de \$20 por consulta. 12 consultas de rutina al año.</p> <p>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare: copago de \$0.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención de podiatría de rutina copago de \$20 por consulta. 12 consultas de rutina al año.</p> <p>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare: copago de \$5.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Atención de podiatría de rutina</p> <p>Servicios de podiatría cubiertos por Medicare: copago de \$0.</p>
Equipos e insumos médicos*	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipo médico duradero y prótesis: copago de \$0.</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: copago de \$0.</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas Contour tienen cobertura. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipo médico duradero: 20 % de coseguro</p> <p>Prótesis: copago de \$0</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: copago de \$0.</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas Contour tienen cobertura. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Equipo médico duradero y prótesis: 20 % de coseguro</p> <p>Suministros para el control de la diabetes: copago de \$0.</p> <p>Solo los monitores y tiras reactivas Contour tienen cobertura. Las marcas alternativas requieren autorización previa.</p>

Beneficios/servicios adicionales	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Consultas virtuales al médico - Telemedicina	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consulte a un proveedor de atención primaria o de salud conductual utilizando su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte EOC para obtener más detalles).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consulte a un proveedor de atención primaria o de salud conductual utilizando su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte EOC para obtener más detalles).</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Copago de \$0 por consulta.</p> <p>Consulte a un proveedor de atención primaria o de salud conductual utilizando su computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulte EOC para obtener más detalles).</p>
Tarjeta de beneficios adicionales	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$120 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables.</p> <p>Los saldos no utilizados no se transferirán al siguiente período.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>\$135 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC).</p> <p>Los saldos no utilizados no se transferirán al siguiente período.</p>	<p><u>Dentro de la red:</u></p> <p>Sin cobertura.</p>

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios/Servicios	Prominence Plus (HMO)	Prominence Beyond (HMO)	Prominence Giveback (HMO)
Deducible Deducible de medicamentos recetados:	Deducible de \$0.	Deducible de \$0.	Deducible de \$250 para los niveles 3, 4 y 5.
Cobertura inicial			
Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos totales de bolsillo alcancen los \$2,000. Luego pasa a la etapa de cobertura en caso de catástrofes.			
	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar	Costos compartidos para farmacias minoristas estándar
Nivel	Suministro para un mes	Suministro para un mes	Suministro para un mes
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$12	Copago de \$12	Copago de \$15
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$45	Copago de \$47	Copago de \$47
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$100
Nivel 5 (medicamento de especialidad)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	Coseguro del 30 %
Nivel 6 (medicamento de especialidad)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
	Pedido por correo estándar	Pedido por correo estándar	Pedido por correo estándar
Nivel	Suministro para tres meses.	Suministro para tres meses.	Suministro para tres meses.
Nivel 1 (medicamento genérico preferido)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 (medicamento genérico)	Copago de \$24	Copago de \$24	Copago de \$30
Nivel 3 (medicamento de marca preferido)	Copago de \$135	Copago de \$141	Copago de \$141
Nivel 4 (medicamento no preferido)	Copago de \$300	Copago de \$300	Copago de \$300
Nivel 5 (medicamento de especialidad)	No aplica	No aplica	No aplica
Nivel 6 (medicamento de especialidad)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0

Sus costos compartidos pueden variar si utiliza una farmacia de atención a largo plazo, una farmacia fuera de la red, o si compra un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Llámenos o consulte la "**Evidencia de cobertura**" del plan en nuestro sitio web (www.prominencemedicare.com) para obtener información completa sobre los costos de sus medicamentos cubiertos.

Monto de cobertura en caso de catástrofes

En esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

DESCARGOS DE RESPONSABILIDAD

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, dispone de servicios de asistencia en el idioma, sin costo alguno. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de traducción, libre de cargos, disponibles para usted. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Prominence Plus (HMO), Prominence Beyond (HMO) y Prominence Giveback (HMO) son planes HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en **Prominence Plus (HMO), Prominence Beyond (HMO) y Prominence Giveback (HMO)** depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas, copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Deberá continuar pagando la prima correspondiente a la Parte B de Medicare.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Prominence Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión acerca de si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos a usted o a su proveedor que nos soliciten una determinación de la organización previa al servicio antes de recibir el servicio. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su "Evidencia de cobertura" para obtener más información, incluidos los costos compartidos que aplican a los servicios fuera de la red.

Prominence Healthfirst of Texas proporciona la cobertura de salud.

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es crucial que comprenda completamente nuestros beneficios y regulaciones. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio de atención al cliente al 1-855-969-5882 (TTY 711).

Conozca los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es fundamental revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de inscribirse. Visite www.prominencemedicare.com o llame al 1-855-969-5882 (TTY 711) para consultar una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores (o consulte a su médico) para asegurarse de que los médicos que actualmente consulta están en la red. Si no aparecen en la lista, es probable que deba elegir un nuevo médico.
- Revise el directorio de farmacias para verificar que la farmacia que utiliza para sus medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no está incluida, es posible que deba seleccionar una nueva farmacia para sus medicamentos recetados.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Conozca las reglas importantes

- Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026.
- 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).

Conéctese con nosotros

Información de contacto: 1-855-969-5882, TTY:711

Nombre de la organización: Prominence Health Plan

Sitio web de la organización:prominencemedicare.com