




















 LAS ÁREAS PARTICIPANTES INCLUYEN: Palm Beach

	PLUS	DIABETES AND HEART GIVEBACK <i>Requisito: afección cardíaca crónica y/o diabetes</i>	GIVEBACK
 Deducible médico	\$0	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$155	\$185
 Hospital para pacientes internados	\$50 por día, días 1-5	\$100 por día, días 1-5	\$225 por día, días 1-5
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$5-\$10	Atención primaria \$0 Especialista \$0-\$10	Atención primaria \$0 Especialista \$45
 Cobertura de medicamentos recetados	Muchos medicamentos por \$0	Muchos medicamentos por \$0	Muchos medicamentos por \$0
 Consultas de emergencia	\$150	\$150	\$115
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) e imágenes por resonancia magnética (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$25	Radiografías \$0 TC e IRM \$25	Radiografías \$0 TC e IRM \$100
 Atención de urgencia	\$0	\$0	\$35
 Podología	\$0	\$0	\$0
¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!			
 Cobertura dental	\$4,000	\$4,000	\$1,000
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	24 viajes de ida	48 viajes de ida	No incluido
 Atención de la vista	Asignación de \$300 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0	Asignación de \$300 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0	Asignación de \$200 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0
 Cobertura en audífonos	Asignación de \$600 para audífonos (por oído) + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$600 para audífonos (por oído) + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$600 para audífonos (por oído) + exámenes de la audición por \$0
 Tarjeta de beneficios adicionales	\$115 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (over-the-counter, OTC) y alimentos saludables	\$125 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	No incluido

AYUDA ADICIONAL*Se requiere Ayuda Adicional de Medicare***DUAL***Se requieren Medicare y Medicaid*

 Deducible médico	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$0
 Hospital para pacientes internados	\$0	\$0
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$5-\$10	\$0
 Cobertura de medicamentos recetados	\$0	\$0
 Consultas de emergencia	\$150	\$0
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) e imágenes por resonancia magnética (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$25	\$0
 Atención de urgencia	\$0	\$0
 Podología	\$0	\$0

¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!

 Cobertura dental	\$4,000	\$4,000
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	46 viajes de ida	44 viajes de ida + 20 viajes de ida que no sean por motivos médicos
 Atención de la vista	Asignación de \$300 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0	Asignación de \$500 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0
 Cobertura en audífonos	Asignación de \$600 para audífonos (por oído) + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$3,000 para audífonos (ambos oídos) + exámenes de la audición por \$0
 Tarjeta de beneficios adicionales	\$300 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)	\$675 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)

Aplican condiciones y limitaciones.Prominence Health Plan es un plan HMO con contrato de Medicare.**La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.*

Y0109_ONE26FL_SP_M_CMS Accepted

253684356-3987273_FL 8/25

**Prominence
Health****Para obtener más información, visítenos en: prominencemedicare.com**