

Prominence

Medicare Advantage

Planes 2027

Medicare Advantage HMO



ÁREAS PARTICIPANTES:

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

PLUS

EXTRA HELP

Se requiere Ayuda Adicional de Medicare

BRIDGE

Se requieren Medicare y Medicaid (SLMB, QI, QDWI)

DUAL

Se requieren Medicare y Medicaid (QMB, QMB+, SLMB+, FBDE) QMB solo elegible en el condado de Hidalgo

	PLUS	EXTRA HELP	BRIDGE	DUAL
Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
Deducible médico	\$0	\$0	\$0	\$0
Devolución	\$0	\$0	\$0	\$0
Atención para pacientes internados	\$50 por día, días 1-5	\$75 por día, días 1-5	\$75 por día, días 1-5	\$0
Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$20	Atención primaria \$0 Endocrinólogo y cardiólogo \$0 Otros especialistas \$20	Atención primaria \$0 Endocrinólogo y cardiólogo \$0 Otros especialistas \$10	\$0
Cobertura de medicamentos recetados	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0	Se aplican copagos de Ayuda Adicional	Se aplican copagos de Ayuda Adicional	Se aplican copagos de Ayuda Adicional
Consultas de emergencia (Exento si es admitido en el hospital)	\$150	\$150	\$150	\$0
Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	\$0	\$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$0	\$0
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$0	\$0
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!				
Cobertura dental (El coseguro aplica a algunos servicios)	\$2,600	\$2,500	\$2,500	\$3,400
Transporte (Traslados a instalaciones sanitarias)	24 viajes	36 viajes	36 Viajes	44 viajes
Atención de la vista	\$200 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$175 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$115 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$300 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista
Cobertura de audífonos	\$600 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición	\$600 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición	\$600 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición	\$1,200 de asignación para audífonos en ambos oídos + \$0 por exámenes de audición
Tarjeta de beneficios adicionales	\$150 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	\$325 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)	\$350 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)	\$555 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)

DIABETES AND HEART

Requisito: afección cardíaca
crónica y/o diabetes

DIABETES AND HEART GIVEBACK

Requisito: afección cardíaca
crónica y/o diabetes

GIVEBACK

 Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
 Deducible médico	\$0	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$202.90	\$202.90
 Atención para pacientes internados	\$75 por día, días 1-5	\$350 por día, días 1-6	\$350 por día, días 1-6
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Endocrinólogo y cardiólogo \$0 Otros especialistas \$20	Atención primaria \$0 Endocrinólogo y cardiólogo \$0 Otros especialistas \$55	Atención primaria \$0 Especialista \$55
 Cobertura de medicamentos recetados	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0
 Consultas de emergencia (Exento si es admitido en el hospital)	\$150	\$115	\$115
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	\$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$225	Radiografías \$0 TC e IRM \$150
 Atención de urgencia	\$0	\$35	\$35
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!			
 Cobertura dental (El coseguro aplica a algunos servicios)	\$2,500	\$750 (Solo preventivos)	\$750
 Transporte (Traslados a instalaciones sanitarias)	20 viajes	No incluido	No incluido
 Atención de la vista	\$100 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$100 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$100 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista
 Cobertura de audífonos	\$300 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición	\$300 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición	\$600 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición
 Tarjeta de beneficios adicionales	\$195 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	\$100 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	\$25 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC)

*Se aplican condiciones y limitaciones.

Prominence Health Plan es un plan HMO que tiene contrato con Medicare.

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

Y0109_ONE27STX_M_Aceptado por CMS

253684356-3987329_STX 8/26

**Prominence
Health**

Para obtener más información, visítenos en prominencemedicare.com.