

 ÁREAS PARTICIPANTES: Región rural del norte de Nevada

	VETERANS PLAN	SILVER PEAK
 Prima del plan	\$0 por mes	\$79 por mes
 Deducible médico	\$0	\$500 <i>(Copago hospitalario para pacientes internados)</i>
 Devolución	\$202.90	\$0
 Atención para pacientes internados	\$350-\$425 por día, días 1-6	\$0
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Reumatólogo \$0 Otros especialistas \$45	Atención primaria \$0 Especialista \$35
 Cobertura de medicamentos recetados	No incluido	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0
 Consultas de emergencia <i>(Exento si es admitido en el hospital)</i>	\$130	\$130
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$60	Radiografías \$15 TC e IRM \$75 a \$350
 Atención de urgencia	\$30	\$25
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!		
 Cobertura dental	\$3,000	\$1,500 <i>(Solo preventivos)</i>
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	24 viajes	24 viajes
 Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	\$200 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$150 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	\$500 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición
 Tarjeta de beneficios adicionales	No incluido	\$25 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC)

DUALSe requieren Medicare
y Medicaid**EXTRA HELP**Se requiere Ayuda Adicional
de Medicare

 Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes
 Deducible médico	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$0
 Atención para pacientes internados	\$0	\$250-\$450 por día, días 1-6
 Consultas al médico	\$0	Atención primaria \$0 Reumatólogo \$0 Otros especialistas \$30
 Cobertura de medicamentos recetados	\$0	Muchos medicamentos por \$0 o copago de Ayuda Adicional
 Consultas de emergencia (Exento si es admitido en el hospital)	\$0	\$150
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	\$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$300
 Atención de urgencia	\$0	\$10
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!		
 Cobertura dental	\$2,000	\$2,000
 Transporte (Traslados a instalaciones sanitarias)	48 viajes	48 viajes
 Atención de la vista (para anteojos y lentes de contacto)	\$150 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	\$3,000 de asignación para audífonos en ambos oídos + \$0 por exámenes de audición	\$600 de asignación para audífonos por oído + \$0 por exámenes de audición
 Tarjeta de beneficios adicionales	\$150 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)	\$100 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos

*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_ONE27NNV_M_CMS Aceptado

253684356-3987468_NNV 8/26

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