



ÁREAS PARTICIPANTES: Condado de Washoe

	PLUS	DIABETES AND HEART <i>Requisito: afección cardíaca crónica y/o diabetes</i>	GIVEBACK
Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes
Deducible médico	\$0	\$0	\$0
Devolución	\$0	\$0	\$135
Atención para pacientes internados	\$200 por día, días 1-5	\$200 por día, días 1-5	\$325 por día, días 1-6
Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$35	Atención primaria \$0 Especialista preferido \$0	Atención primaria \$0 Reumatólogo \$0 Otros especialistas \$50
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 <i>(Exento si es admitido en el hospital)</i>	\$150	\$150	\$130
Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$250	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$275	Radiografías \$0 TC e IRM \$60 a \$100
Atención de urgencia	\$10	\$10	\$10
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!			
Cobertura dental	\$2,000	\$2,000	\$1,000
Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	24 viajes	20 viajes	24 viajes
Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	\$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	\$200 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	No incluido
Tarjeta de beneficios adicionales	\$125 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	\$125 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) y alimentos saludables	\$50 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC)

	PLAN VETERAN	EXTRA HELP <i>Se requiere Ayuda Adicional de Medicare</i>	DUAL <i>Se requieren Medicare y Medicaid</i>	MERIDIAN
 Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes	\$0 por mes	\$159 por mes
 Deducible médico	\$0	\$0	\$0	\$500
 Devolución	\$202.90	\$0	\$0	\$0
 Atención para pacientes internados	\$350 por día, días 1-6	\$100 por día, días 1-5	\$0	\$75 por día, días 1-5
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Reumatólogo \$0 Otros especialistas \$45	Atención primaria \$0 Especialista \$0 a \$25	\$0	Atención primaria \$0 Especialista \$20
 Cobertura de medicamentos recetados	No disponible	Se aplican copagos de Ayuda Adicional	Se aplican copagos de Ayuda Adicional	Medicamentos del nivel 1 y 6 por \$0
 Consultas de emergencia <i>(Exento si es admitido en el hospital)</i>	\$130	\$150	\$0	\$150
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$60	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$200	Radiografías \$0 TC e IRM \$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$15 a \$50
 Atención de urgencia	\$30	\$10	\$0	\$10
PLUS, ¡VALOR AGREGADO!				
 Cobertura dental	\$3,000	\$2,000	\$4,000	No incluido
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	24 viajes	48 viajes	42 viajes	24 Viajes
 Atención de la vista	\$200 de asignación para anteojos o lentes de contacto + \$0 por exámenes de la vista	\$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	No incluido
 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	\$3,000 de asignación para audífonos en ambos oídos + \$0 por exámenes de audición	No incluido
 Tarjeta de beneficios adicionales	No disponible	\$150 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos	\$425 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (OTC), alimentos saludables y servicios públicos	No incluido

*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_ONE27WASHOE_M_Aceptados por CMS 253684356-3987570_Washoe 8/26

Prominence
Health

Para obtener más información, visítenos en prominencemedicare.com.