2027

Resumen de Beneficios

Planes de Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

Prominence Dual (HMO-DSNP) H7680-007

Prominence Extra Help (HMO) H7680-009

Prominence Bridge (HMO-DSNP) H7680-021

South Texas Region - Special Plans

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

Y0109_STXSPCSB27_M_CMS Accepted

1 de Enero, 2027 – 31 de Diciembre, 2027

1 SECCIÓN I - INTRODUCCIÓN AL RESUMEN DE BENEFICIOS

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

Usted tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de pago por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.
- Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare uniéndose a un plan de salud de Medicare (such as Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP)).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

El folleto de Resumen de Beneficios te da un resumen de lo que Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) cubre y lo que usted paga.

- Si quieres comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pide a los otros planes sus folletos del Resumen de Beneficios. O usa el Buscador de Planes de Medicare en www.medicare.gov.www.medicare.gov
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su "Medicare y Usted" manual. Véalo 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.www.medicare.gov

Secciones en este folleto

- Lo que debe saber sobre Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP)
- Prima mensual, deducible y límites en lo que usted paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados

Debe tener la Ayuda Adicional de Medicare para pagar $0 de primas y copagos de Ayuda Adicional (consulte la EOC para más detalles)

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

Este documento está disponible en otros formatos, como Braille e impresión en letra grande.
Este documento puede estar disponible en un idioma diferente al inglés. Para obtener información adicional, llámenos al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

Lo que debe saber sobre Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP)

Horario de atención e información de contacto

- Del 1 de Octubre al 31 de Marzo, estamos abiertos de 8 a.m. – 8 p.m., 7 días a la semana
- Del 1 de Abril al 30 de Septiembre, estamos abiertos de 8 a.m. – 8 p.m., Lunes a Viernes.
- Si eres miembro de este plan, llámenos al 1-855-969-5882, TTY: 711.
- Si no eres miembro de este plan, llámenos al 866-747-8855, TTY: 711.
- Nuestro sitio web: www.prominencemedicare.com.www.prominencemedicare.com.

¿Quién puede inscribirse?

Para Unirse a Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio. Las áreas de servicio para Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) incluyen los siguientes condados en Texas: Brooks, Cameron, Hidalgo, Jim Hogg, Starr, Webb, Willacy y Zapata.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Generalmente, debe usar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

O llámanos y te enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y mas. Algunos de los beneficios adicionales están descritos en este folleto.

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, incluida la quimioterapia y algunos medicamentos administrados 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.www.prominencemedicare.com
- O llámanos y te enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determinaré el costo de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis " niveles." Necesitarás usar tu formulario para localizar en qué nivel está tu medicamento para determinar cuánto te costará. La cantidad que pagas depende del nivel del medicamento y de en qué etapa del beneficio te encuentres. Más adelante en este documento hablamos sobre las etapas del beneficio que ocurren: Cobertura inicial, y Cobertura catastrófica.

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

SECCIÓN II - RESUMEN DE BENEFICIOS

	Prominence Dual (HMO-DSNP)	**Prominence Extra Help (HMO)**	**Prominence Bridge (HMO-DSNP)**
Monthly Plan Premium	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Dual (HMO-DSNP). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. **Debe tener tanto Medicare como Medicaid para ser elegible para este plan.**	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Extra Help (HMO). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. **Debe tener la Ayuda Adicional de Medicare para pagar $0 de primas y copagos de Ayuda Adicional (consulte la EOC para más detalles).**	Usted no paga una prima mensual separada del plan para Prominence Bridge (HMO-DSNP). Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. **Debe tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Es posible que sea parcialmente elegible para Medicaid. or another assistance program to be eligible for this plan.**
Deducible	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: $0 deducible, **copago de Ayuda Adicional de recetas Apply.**	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: $0 deducible, copago de Ayuda Adicional de recetas Apply.	Deducible médico: No aplica. Deducible de medicamentos con receta: $0 deducible, copago de Ayuda Adicional de recetas Apply.
Límite máximo de gastos de su bolsillo	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: $9,850 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: $3,400 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.	Su(s) límite(s) anual(es) en este plan: $3,400 por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios hospitalarios y médicos cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.

BENEFICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CUBIERTOS

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Hospital de pacientes hospitalizados	**Dentro de la red:** 0% coseguro. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.	**Dentro de la red:** **Nivel 1:** Días 1-5: $75 copago por día. Días 6-90: $0 copago por día. **Nivel 2:** Días 1-5: $150 copago por día. Días 6-90: $0 copago por día. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.	**Dentro de la red:** **Nivel 1:** Días 1-5: $75 copago por día. Días 6-90: $0 copago por día. **Nivel 2:** Días 1-5: $150 copago por día. Días 6-90: $0 copago por día. Tu médico debe notificar al plan cuando te ingresen.
Hospital de pacientes ambulatorios	**Dentro de la red:** $0 copago por visita. Servicios de observación: 0% coseguro. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** Cuidado de heridas: $25 copago $200 todos los demás servicios Servicios de observación: $0 copago Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** Hospital de pacientes ambulatorios: $200 copago. Servicios de observación: $0 copago. Puede requerir autorización previa.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Centro de cirugía ambulatoria	**Dentro de la red:** 0% coseguro. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** $0 copago. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** $0 copago. Puede requerir autorización previa.
Visitas al Consultorio Médico	**Dentro de la red:** Visita al médico de atención primaria: 0% coseguro. Visita al especialista: 0% coseguro Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.	**Dentro de la red:** Visita al médico de atención primaria: $0 copago. Visita al especialista: $0 copago para visitas de Endocrinología y Cardiología. $20 copago para todos los demás especialistas. Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.	**Dentro de la red:** Visita al médico de atención primaria: $0 copago. Visita al especialista: $0 copago para visitas de Endocrinología y Cardiología. $10 copago para todos los demás especialistas. Referidos y autorización previa puede ser necesario para las visitas a especialistas.
Atención preventiva (p.ej., vacuna contra la gripe, exámenes de diabetes)	**Dentro de la red:** $0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.	**Dentro de la red:** $0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.	**Dentro de la red:** $0 copago por todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare Original sin costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato estarán cubiertos.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Atención de emergencia	**Dentro de la red:** 0% coseguro por visita. Cobertura de emergencia en todo el mundo: $115.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de $25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.	**Dentro de la red:** $150 por visita. Si es hospitalizado dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencia en todo el mundo: $150.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de $25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.	**Dentro de la red:** $150 por visita. Si es hospitalizado dentro de los 3 días, no tendrá que pagar su parte del costo de la atención de emergencia. Cobertura de emergencia en todo el mundo: $150.00, exento si es hospitalizado. Se aplica un monto máximo de cobertura anual de $25,000 para servicios de emergencia y visitas de atención urgente fuera de los Estados Unidos.
Servicios de atención urgente	**Dentro de la red:** 0% coseguro por visita. Atención urgente en todo el mundo: 20% coseguro, exento si es hospitalizado.	**Dentro de la red:** $0 copago por visita. Atención urgente en todo el mundo: $0 copago.	**Dentro de la red:** $0 copago por visita. Atención urgente en todo el mundo: $0 copago.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Diagnóstico por imágenes	**Dentro de la red:** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: 0% coseguro. Servicios de laboratorio: 0% coseguro. Servicios de Radiología Diagnóstica: 0% coseguro. Rayos X: 0% coseguro. Therapeutic radiology: 0% coseguro. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: $0 copago. Servicios de laboratorio: $0 copago. Servicios de Radiología Diagnóstica: $0 copago. Rayos X: $0 copago. Therapeutic radiology: $20 copago. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** Pruebas y procedimientos de diagnóstico: $0 copago. Servicios de laboratorio: $0 copago. Servicios de Radiología Diagnóstica: $0 copago. Rayos X: $0 copago. Therapeutic radiology: $20 copago. Puede requerir autorización previa.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Servicios de audición	**Dentro de la red:** Examen auditivo cubierto por Medicare: $0 copago. Examen auditivo de rutina: $0 copago. Audífonos: $1,200 toward hearing aids per year (Both ears combined). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.	**Dentro de la red:** Examen auditivo cubierto por Medicare: $0 copago. Examen auditivo de rutina: $0 copago. Audífonos: $600 en auxiliares auditivos al año (Por oído). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.	**Dentro de la red:** Examen auditivo cubierto por Medicare: $0 copago. Examen auditivo de rutina: $0 copago. Audífonos: $600 en auxiliares auditivos al año (Por oído). Los miembros deben utilizar la red TruHearing para la compra de auxiliares auditivos y los exámenes de rutina. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos. Las compras de audífonos fuera de la red de TruHearing requieren pago por adelantado al proveedor/vendedor. Luego, envía una solicitud de reembolso directo al plan de salud por la administración de los beneficios de los audífonos.

Servicios dentales – Servicios incluidos	**Dentro de la red:** $3,400 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. **Servicios dentales preventivos:** Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): $0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): $0 copago **Servicios dentales integrales:** Servicios restauradores: $0 copago Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: $0 copago Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia endodóntica Periodoncia: $0 copago Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías – Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía	**Dentro de la red:** $2,500 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. **Servicios dentales preventivos:** Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): $0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): $0 copago **Servicios dentales integrales:** Servicios restauradores: mín 0% / máx 50% coseguro Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia endodóntica Periodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías –	**Dentro de la red:** $2,500 límite combinado de cobertura máxima de servicios dentales preventivos e integrales combinados. **Servicios dentales preventivos:** Exámenes orales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Radiografías dentales (hasta 2 visitas por año): $0 copago Limpieza dental (hasta 2 visitas por año): $0 copago Tratamiento de flúor (hasta 2 visitas por año): $0 copago **Servicios dentales integrales:** Servicios restauradores: mín 0% / máx 50% coseguro Empastes – Restauraciones de amalgama, composites a base de resina (1 por superficie, por diente cada 12 meses), incrustaciones, onlays, coronas (1 por diente cada 60 meses) Reconstrucciones de núcleo Endodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamientos de conductos y relacionados – Terapia endodóntica, capado de pulpa, retratamiento de terapia endodóntica Periodoncia: mín 0% / máx 50% coseguro Limpiezas profundas y tratamiento de la enfermedad de las encías –

	(1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: $0 copago Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial: $0 copago Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: $0 copago Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología Puede ser necesario obtener una autorización	Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía (1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: mín 10% / máx 50% coseguro Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial: mín 0% / máx 50% coseguro Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología	Raspado y alisado radicular periodontal, gingivectomía (1 por cuadrante cada 24 meses) Desbridamiento de toda la boca Mantenimiento periodontal (1 cada 6 meses) Prostodoncia: mín 10% / máx 50% coseguro Dentaduras, reparaciones de dentaduras - Prótesis removibles – Dentaduras completas, dentaduras parciales (1 por arco cada 60 meses) Reparación de dentaduras, rebase, acondicionamiento de tejidos (1 por arco cada año calendario) Sobredentadura Puentes y servicios relacionados con coronas retenidas - Prótesis fija – Póntico, corona retenedora (1 por diente cada 60 meses) Re-cementado de prótesis parcial fija (1 por sitio cada 12 meses) Cirugía oral y maxilofacial: mín 0% / máx 50% coseguro Extracciones y tratamientos relacionados – Extracciones, extracción de dientes retenidos Alveoloplastia (1 por cuadrante cada 60 meses) Servicios generales complementarios: mín 0% / máx 50% coseguro Tratamiento paliativo, sedación, óxido nitroso, consulta, teleodontología

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
	previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).	Puede ser necesario obtener una autorización previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).	Puede ser necesario obtener una autorización previa. Pueden aplicarse frecuencias y limitaciones. Los miembros deben utilizar la red de proveedores de Liberty Dental. (Consulta el EOC para más detalles).
Servicios de visión	**Dentro de la red:** Examen de visión cubierto por Medicare: $0 copago. Examen de la vista de rutina: $0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta $300 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).	**Dentro de la red:** Examen de visión cubierto por Medicare: $0 copago. Examen de la vista de rutina: $0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta $175 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).	**Dentro de la red:** Examen de visión cubierto por Medicare: $0 copago. Examen de la vista de rutina: $0 copago. Anteojos: Nuestro plan paga hasta $115 al año en anteojos. Debe utilizar la red de proveedores de visión de National Vision Administrators (NVA).
Atención de salud mental	**Dentro de la red:** Terapia grupal ambulatoria: 0% coseguro. Terapia individual: 0% coseguro. Inpatient Atención de salud mental: 0% coseguro. Hospitalización parcial: 0% coseguro. Se requiere autorización previa.	**Dentro de la red:** Terapia grupal ambulatoria: $0 copago. Terapia individual: $0 copago. Inpatient Atención de salud mental: $0 copago por día, days 1-90. Hospitalización parcial: $0 copago. Se requiere autorización previa.	**Dentro de la red:** Terapia grupal ambulatoria: $0 copago. Terapia individual: $0 copago. Inpatient Atención de salud mental: $0 copago por día, days 1-90. Hospitalización parcial: $0 copago. Se requiere autorización previa.
Establecimiento de enfermería especializada (SNF)	**Dentro de la red:** 0% coseguro. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** Días 1-20: $0 copago por día.	**Dentro de la red:** Días 1-20: $0 copago por día.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
		Días 21-100: $50 copago por día. Puede requerir autorización previa.	Días 21-100: $50 copago por día. Puede requerir autorización previa.
Rehabilitación ambulatoria	**Dentro de la red:** Terapia ocupacional: 0% coseguro. Fisioterapia/Terapia del lenguaje: 0% coseguro. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.	**Dentro de la red:** Terapia ocupacional: $0 copago. Fisioterapia/Terapia del lenguaje: $0 copago. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.	**Dentro de la red:** Terapia ocupacional: $0 copago. Fisioterapia/Terapia del lenguaje: $0 copago. Se requiere autorización previa para visitas que superen las 12 al año.
Ambulancia	**Dentro de la red:** 0% coseguro per segment. Un trayecto es el transporte en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.	**Dentro de la red:** $275 per segment. Un trayecto es el transporte en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. El copago se exime si te admiten en el hospital como paciente interno. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.	**Dentro de la red:** $275 per segment. Un trayecto es el transporte en ambulancia hasta el establecimiento apropiado más cercano. El copago se exime si te admiten en el hospital como paciente interno. Se requiere autorización previa para el transporte que no sea de emergencia.
Transporte	**Dentro de la red:** $0 copago. Limit 44/año viajes a lugares relacionados con la salud aprobados por planificación. Pueden aplicarse límites de millaje.	**Dentro de la red:** $0 copago. Limit 36/año viajes a lugares relacionados con la salud aprobados por planificación. Pueden aplicarse límites de millaje.	**Dentro de la red:** $0 copago. Limit 36/año viajes a lugares relacionados con la salud aprobados por planificación. Pueden aplicarse límites de millaje.

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO - DSNP)
Medicamentos de la Parte B de Medicare	**Dentro de la red:** For Part B drugs: 0% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 0% del costo total. Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** For Part B drugs: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. (Insulina, máx. $35) Puede requerir autorización previa.	**Dentro de la red:** For Part B drugs: 20% del costo total. Otros medicamentos de la Parte B: 20% del costo total. (Insulina, máx. $35) Puede requerir autorización previa.

Beneficios/Servicios Adicionales	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO-DSNP)
Atención quiropráctica	**Dentro de la red:** Atención quiropráctica de rutina: $20 per visit; 12 visitas de rutina al año. Medicare Covered Chiropractic: 0% coseguro.	**Dentro de la red:** Atención quiropráctica de rutina: $0 copago per visit; 12 visitas de rutina al año. Medicare Covered Chiropractic: $0 copago.	**Dentro de la red:** Atención quiropráctica de rutina: $0 copago per visit; 12 visitas de rutina al año. Medicare Covered Chiropractic: $0 copago.
Beneficio de acondicionamiento físico	**Dentro de la red:** $0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.	**Dentro de la red:** $0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.	**Dentro de la red:** $0 copago por mes. Debe utilizar un gimnasio dentro de la red Silver & Fit.
Cuidado de los pies	**Dentro de la red:** Cuidado de los pies de rutina: $0 copago per visit; 12 visitas de rutina al año. Podiatría cubierta por Medicare: 0% coseguro.	**Dentro de la red:** Cuidado de los pies de rutina: $0 copago per visit; 12 visitas de rutina al año. Podiatría cubierta por Medicare: $0 copago.	**Dentro de la red:** Cuidado de los pies de rutina: $0 copago per visit; 12 visitas de rutina al año. Podiatría cubierta por Medicare: $0 copago.

Beneficios/Servicios Adicionales	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO-DSNP)
Equipo médico/Suministros	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero y prótesis: 0% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: 0% coseguro. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa. Las marcas alternativas requieren autorización previa.	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero y prótesis: 0% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: $0 copago. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa. Las marcas alternativas requieren autorización previa.	**Dentro de la red:** Equipo médico duradero y prótesis: 0% coseguro. Suministros para el monitoreo de la diabetes: $0 copago. Solo los monitores y tiras reactivas de la marca Contour están cubiertos. Marcas alternativas requieren autorización previa. Las marcas alternativas requieren autorización previa.
Visitas médicas virtuales / Telemedicina	**Dentro de la red:** 0% coseguro por visita. Consulta con un proveedor de atención primaria o de salud conductual usando tu computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulta el EOC para más detalles).	**Dentro de la red:** $0 copago por visita. Consulta con un proveedor de atención primaria o de salud conductual usando tu computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulta el EOC para más detalles).	**Dentro de la red:** $0 copago por visita. Consulta con un proveedor de atención primaria o de salud conductual usando tu computadora o dispositivo móvil a través de Teladoc. (Consulta el EOC para más detalles).

Beneficios/Servicios Adicionales	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO-DSNP)
Tarjeta de beneficios adicionales	**Dentro de la red:** $555 por trimestre para medicamentos de venta libre (OTC), suministros y alimentos saludables (combinados). Los productos OTC están disponibles a través de catálogos, ciertos minoristas en tienda o en línea en andmorehealth.com. Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente período.	**Dentro de la red:** $325 por trimestre para medicamentos de venta libre (OTC), suministros y alimentos saludables (combinados). Los productos OTC están disponibles a través de catálogos, ciertos minoristas en tienda o en línea en andmorehealth.com. Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente período.	**Dentro de la red:** $350 por trimestre para medicamentos de venta libre (OTC), suministros y alimentos saludables (combinados). Los productos OTC están disponibles a través de catálogos, ciertos minoristas en tienda o en línea en andmorehealth.com. Los saldos no utilizados no se acumulan al siguiente período.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Beneficios/Servicios	Prominence Dual (HMO-DSNP)	Prominence Extra Help (HMO)	Prominence Bridge (HMO-DSNP)
Deducible Deducible de medicamentos con receta:	Deducible de medicamentos con receta: $0 *** Extra Help/LIS copagos Apply**	Deducible de medicamentos con receta: $0 *** Extra Help/LIS copagos Apply**	Deducible de medicamentos con receta: $0 *** Extra Help/LIS copagos Apply**

Cobertura inicial

Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos totales de su bolsillo alcancen $2,400. Luego pasa a la Etapa de Cobertura Catastrófica

***Los copagos de Ayuda Adicional/LIS aplican. Debe tener la Ayuda Adicional de Medicare para pagar un copago recetado de $0 por medicamento cubierto.**

	Standard Retail Cost-Sharing	Standard Retail Cost-Sharing	Standard Retail Cost-Sharing
Tier	**One-month supply**	**One-month supply**	**One-month supply**
Tier 1 (Preferred Generic)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Tier 2 (Generic)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Tier 3 (Preferred Brand)	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *
Tier 4 (Non-Preferred Drug)	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *
Tier 5 (Specialty Tier)	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *
Tier 6 (Select Care Drugs)	$0 copago	$0 copago	$0 copago

	Standard Mail Order	Standard Mail Order	Standard Mail Order
Tier	**Three-month supply**	**Three-month supply**	**Three-month supply**
Tier 1 (Preferred Generic)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Tier 2 (Generic)	$0 copago	$0 copago	$0 copago
Tier 3 (Preferred Brand)	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *

Tier 4 (Non-Preferred Drug)	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *	$0-14.40 copago *
Tier 5 (Specialty Tier)	Not Applicable	Not Applicable	Not Applicable
Tier 6 (Select Care Drugs)	$0 copago	$0 copago	$0 copago

Tu costo compartido puede ser diferente si usas una farmacia de cuidado a largo plazo, o una farmacia fuera de la red, o si compras un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento.

Por favor, llámenos o consulte la "Evidencia de cobertura" del plan en nuestro sitio web. para obtener información completa sobre sus costos de medicamentos cubiertos.www.prominencemedicare.comwww.prominencemedicare.com

*** Los copagos de Ayuda Adicional/LIS aplican. You must have Medicare's Extra Help to pay a prescription copago of $0-$14.40.**

Monto catastrófico

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

AVISOS LEGALES

Este documento está disponible en otros formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística, de manera gratuita. Llame al 1-855-969 (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 Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) son planes HMO con un contrato de Medicare. Enrollment in Prominence Dual (HMO-DSNP), Prominence Extra Help (HMO) y Prominence Bridge (HMO-DSNP) depends on contract renewal.

Esta información no constituye una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Limitations, copagos, and restrictions may apply. Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de Enero of each year.

Debe continuar pagando su prima de 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/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Prominence Health, excepto en situaciones de emergencia. Para tomar una decisión sobre si cubriremos un servicio fuera de la red, le recomendamos que usted o su proveedor nos solicite una determinación de organización previa al servicio antes de recibirlo. Llame al número de Servicios para Miembros o consulte su "Evidencia de Cobertura" para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios fuera de la red.

La cobertura de salud es ofrecida por Prominence Healthfirst de Texas.

Lista de verificación para la preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, llámenos. If you have any questions, you can call and speak to a customer service representative at 1-855-969-5882 (TTY 711).

Comprender los beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) ofrece una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante que revise esta información antes de inscribirse.www.prominencemedicare.com
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén en la red.
- ☐ Consulte el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado forme parte de nuestra red de farmacias.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Understanding Important Rules

- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Por lo general, esta prima se deduce de su beneficio del Seguro Social.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de Enero del 2027.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos, hospitales u otros proveedores que no están en nuestra red).

Conectate con nosotros

Información de contacto:
Organization Name: Prominence Health
Sitio web de la organización:prominencemedicare.com