




















 LAS ÁREAS PARTICIPANTES INCLUYEN: Región del norte de Nevada

	PLUS	BEYOND
 Hospital para internación de pacientes	\$0-\$250 /día, días 1-6	\$145-\$335 /día, días 1-6
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$20	Atención primaria \$0 Especialista \$45
 Cobertura de medicamentos recetados	Muchos medicamentos por \$0	Muchos medicamentos por \$0
 Consultas de emergencia	\$30-\$125	\$80-\$120
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$0-\$60	Radiografías \$0 TC e IRM \$60-\$100
 Atención de urgencia	\$30	\$50
 Quiropráctico <i>(cubierto por Medicare y de rutina)</i>	\$10	\$20
¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!		
 Cobertura dental	\$2,000 y copagos de \$0	\$4,000 y copagos de \$0
 Cobertura dental premium <i>(Red más grande y más cobertura)</i>	Cobertura total de \$7,500 prima mensual de \$41	Cobertura total de \$7,500 prima mensual de \$32
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	Traslados ilimitados	Traslados ilimitados +20 viajes de ida no médicos
 Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	Asignación de \$200 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 en audífonos por oído + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$800 en audífonos por oído + exámenes de la audición por \$0
 De venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$75 por trimestre	\$110 por trimestre

EXTRA HELP*Se requiere Medicare Extra Help***DUAL***Se requieren Medicare y Medicaid*

 Hospital para internación de pacientes	\$0-\$250 /día, días 1-6	\$0
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$20	\$0
 Cobertura de medicamentos recetados	\$0	\$0
 Consultas de emergencia	\$30-\$125	\$0
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$0-\$60	\$0
 Atención de urgencia	\$10	\$0
 Quiropráctico <i>(cubierto por Medicare y de rutina)</i>	\$10	\$0

¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!

 Cobertura dental	\$2,000	\$2,000
 Cobertura dental premium	No disponible	No disponible
 Beneficio de alimentación saludable	Solo afecciones limitadas	\$20 a \$250 por mes por afección elegible
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	Traslados ilimitados	Traslados ilimitados +20 viajes de ida no médicos
 Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	Asignación de \$200 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 en audífonos por oído + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$3,000 en audífonos para ambos oídos + exámenes de la audición por \$0
 De venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$90 por trimestre	\$100 por trimestre

**Aplican condiciones y limitaciones. Prominence Health Plan es un plan de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.*

Prominence[®]
Health Plan