



LAS ÁREAS PARTICIPANTES INCLUYEN:

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

	PLUS	BEYOND	GIVEBACK \$130
Hospital para internación de pacientes	\$0-\$50 /día, días 1-5	\$40-\$250 /día, días 1-5	\$300-\$375 /día, días 1-6
Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$0-\$10	Atención primaria \$0 Especialista \$25	Atención primaria \$0 Especialista \$45
Cobertura de medicamentos recetados	Muchos medicamentos por \$0	Muchos medicamentos por \$0	Muchos medicamentos por \$0
Consultas de emergencia	\$60-\$125	\$110-\$135	\$75-\$100
Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$50	Radiografías \$0 TC e IRM \$100
Atención de urgencia	\$0	\$0	\$35
Quiropráctico <i>(De rutina, sin cobertura de Medicare)</i>	\$0	\$10	\$15

¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!

Cobertura dental	\$3,000 y copagos de \$0	\$4,000 y copagos de \$0	\$1,000 y copagos de \$0
Cobertura dental con prima <i>(Red más grande y más cobertura)</i>	Cobertura total de \$7,500 prima mensual de \$30	Cobertura total de \$7,500 prima mensual de \$24	Cobertura total de \$7,500 prima mensual de \$31
Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	Traslados ilimitados	Traslados ilimitados +20 viajes de ida no médicos	Traslados ilimitados
Atención de la vista	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	Asignación de \$200 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	Exámenes de la audición por \$0
De venta libre (Over-the-Counter, OTC)	\$120 por trimestre	\$135 por trimestre	\$60 por trimestre

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

 Hospital para internación de pacientes	\$0-\$50 /día, días 1-5	\$0
 Consultas al médico	\$0	\$0
 Cobertura de medicamentos recetados	\$0	\$0
 Consultas de emergencia	\$60-\$125	\$0
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) y resonancias magnéticas (IRM)	\$0	\$0
 Atención de urgencia	\$0	\$0
 Quiropráctico <i>(cubierto por Medicare y de rutina)</i>	\$0	\$0

¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!

 Cobertura dental	\$3,000	\$4,000
 Cobertura dental con prima <i>(Red más grande y más cobertura)</i>	No disponible	No disponible
 Beneficio de alimentación saludable	\$100 a \$250 por mes pago de alimentos o servicios públicos	\$125 a \$275 por mes pago de alimentos o servicios públicos
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	Traslados ilimitados	Traslados ilimitados + 20 viajes de ida no médicos
 Atención de la vista	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)	\$120 por trimestre	\$280 por trimestre

Aspectos destacados del plan

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

Y0109_ONE24STX_M_CMS Accepted

231850771-1857370-2024_STX 7/23

Para obtener más información y conocer los eventos cerca suyo, visítenos en: prominencemedicare.com