



Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE GOLD (HMO) - ESSENCE ADVANTAGE PLATINUM (HMO)



Asistencia en los condados de Alameda y San Mateo de California

Resumen de beneficios

1 de enero de 2023 - 31 de diciembre de 2023

Este cuadernillo le proporciona un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye todas las limitaciones, exclusiones o servicios cubiertos. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos para solicitar la Evidencia de cobertura, o puede verla en EssenceHealthcare.com.

Este cuadernillo de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que **Essence Advantage Gold (HMO)** y **Essence Advantage Platinum (HMO)** cubren y lo que usted paga.

- Para comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes sus cuadernillos de Resumen de beneficios o use el Buscador de planes de Medicare en Medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare & You vigente. También puede consultarlo en línea en Medicare.gov u obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Secciones de este cuadernillo

- Cosas que debe saber sobre **Essence Advantage Gold** y **Essence Advantage Platinum**
- Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios suplementarios opcionales
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros beneficios cubiertos

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al 1-844-205-8422 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.

Cosas que debe saber sobre Essence Advantage Gold y Essence Advantage Platinum

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Número de teléfono y sitio web de Essence Advantage Gold/Essence Advantage Platinum

- Si tiene preguntas, llame al 1-844-205-8422 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.
- Nuestro sitio web: EssenceHealthcare.com

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Essence Advantage Gold** o en **Essence Advantage Platinum**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, ser ciudadano de los Estados Unidos o estar presente de forma legítima en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de California: Alameda y San Mateo.

¿Qué es una HMO?

Una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) es un tipo de plan de seguro de salud que suele limitar la cobertura a la atención que brindan los médicos que trabajan para la HMO o tienen contrato con esta. Por lo general, no cubre la atención fuera de la red, salvo en caso de emergencia. Una HMO podría requerir que usted viva o trabaje en su área de servicio para ser elegible para la cobertura.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Essence Advantage Gold y **Essence Advantage Platinum** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios. Por lo general, se deben usar las farmacias de la red para surtir las recetas de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Puede ver el Directorio de proveedores de nuestro plan en EssenceHealthcare.com o llámenos y le enviaremos una copia.

¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y *mucho más*.

- **Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios que cubre Medicare Original.** Por algunos de estos beneficios, usted podría pagar más en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, usted podría pagar menos.
- **Los miembros de nuestro plan también obtienen más beneficios de los que cubre Medicare Original.** Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este cuadernillo.

¿Qué medicamentos cubrimos?

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en EssenceHealthcare.com o llámenos y le enviaremos una copia.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de seis niveles. Tendrá que usar el formulario para ver en qué nivel está su medicamento, para determinar cuánto le costará. El monto que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante en este documento, hablamos de las etapas de las prestaciones que se producen: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura catastrófica. Si tiene preguntas sobre las diferentes etapas de beneficios, comuníquese con el plan para obtener más información o acceda a la Evidencia de cobertura en nuestro sitio web.

Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga usted por los servicios cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Prima mensual del plan	\$57 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$87 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducibles	<u>Ambos planes</u> Estos planes no tienen un deducible.	
Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo <i>(no incluye medicamentos con receta de la Parte D)</i>	<p>El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$4,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red <p>Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$315 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$300 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	<p>20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>\$240 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	<p>20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>\$240 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Consultas al médico <i>(proveedores y especialistas de atención primaria)</i>	<p>Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$5 de copago</p> <p>Consulta a un especialista: \$35 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultas a un especialista.</p> <p>Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir una autorización previa.</p>	<p>Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$0 de copago</p> <p>Consulta a un especialista: \$30 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultas a un especialista.</p> <p>Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir una autorización previa.</p>
Atención preventiva	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>No paga nada.</p> <p>Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta anual de bienestar • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de depresión • Prueba de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios para diabéticos • Programas educativos sobre salud y bienestar • Prueba de detección de VIH • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B, la COVID-19 y antigripal) • Terapia médica nutricional • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Atención de la vista • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>	

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Atención de emergencia	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>\$110 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	
Servicios de urgencia	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>\$35 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$110 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	
<p>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes</p> <p><i>(Los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se proporcione el servicio).</i></p>	<p>Servicios de laboratorio: \$10 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$45 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$210 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Radiografías: \$45 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$10 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$25 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$210 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Radiografías: \$25 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>
Servicios auditivos	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p>	
Servicios dentales	<p>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$35 de copago</p> <p>Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.</p>	<p>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$30 de copago</p> <p>Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.</p>

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Servicios de la vista	<p>Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por examen de la vista cubierto por Medicare: \$35 de copago</p> <p>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare realizados por un médico de atención primaria: \$5 de copago</p>	<p>Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por examen de la vista cubierto por Medicare: \$30 de copago</p> <p>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare realizados por un médico de atención primaria: \$0 de copago</p>
<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes de los ojos cubiertos por Medicare.</p> <p>1 par de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura suplementaria opcional de la vista que se puede adquirir por separado.</p>		
Servicios de salud mental	<p>Consulta como paciente hospitalizado:</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante</p> <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$30 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$20 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta como paciente hospitalizado:</p> <p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante</p> <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$20 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>
Centro de enfermería especializada (SNF)	<p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>El ingreso a un nuevo centro SNF o a otro SNF dentro del mismo período de beneficios podría ser el comienzo de una nueva estadía a los efectos de la administración del copago.</p>	<p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$100 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>El ingreso a un nuevo centro SNF o a otro SNF dentro del mismo período de beneficios podría ser el comienzo de una nueva estadía a los efectos de la administración del copago.</p>
Fisioterapia	<p>\$30 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>\$20 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>
Ambulancia	<p>\$210 de copago</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>\$200 de copago</p> <p>Este copago se aplica a cada viaje de ida.</p> <p>Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.</p>

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Traslado	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año.</p>	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro</p> <p>A partir del 1 de abril de 2023, si el precio de un medicamento recetado de la Parte B ha aumentado a un ritmo mayor que el de la inflación, reduciremos su coseguro para ese medicamento en un monto determinado según lo indiquen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los CMS le indicarán a Essence Healthcare cuál debe ser su coseguro por ese medicamento. Su coseguro nunca excederá el 20 por ciento, pero puede ser menor según la información que recibamos de los CMS.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 20% de coseguro</p> <p>Para la insulina de la Parte B (la insulina que se administra a través de una bomba de equipo médico duradero), no pagará más de \$35 por un suministro de un mes a partir del 1 de julio de 2023.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Los importes que pague por los medicamentos de la Parte B cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo, pero no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo real de bolsillo de \$7,400.</p>	

Beneficios suplementarios opcionales

Los miembros de Essence Advantage Gold y Platinum pueden adquirir una cobertura suplementaria opcional dental y de la vista por una prima adicional.

Paquete de OSB (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista)

Prima mensual del plan	\$20 adicionales por mes
Deducibles	Este plan no tiene un deducible.
Servicios dentales	<p>Servicios dentales preventivos: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios preventivos incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (2 por año calendario) • Limpieza de rutina (2 por año calendario) • Tratamiento con flúor (2 por año calendario) • Radiografías panorámicas de mordida horizontales (1 serie, una vez cada 6 meses) • Serie completa intrabucal de imágenes radiográficas (1 serie, una vez cada 2 años calendario) <p><u>Los servicios integrales incluyen (entre otros*):</u></p> <p>Servicios que no son de rutina (limpieza no de rutina, inspección de prótesis dentales extraíbles y bandeja y gel para blanqueamiento en el hogar): \$0-\$125 de copago</p> <p>Servicios de diagnóstico (imágenes radiográficas y visita de reevaluación posquirúrgica): \$0-\$5 de copago</p>

Paquete de OSB (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista)

Servicios dentales <i>(continuación)</i>	<p>Servicios de restauración (empastes de amalgama y coronas de titanio): \$8–\$395 de copago</p> <p>Endodoncia (revestimiento pulpar y prótesis dentales mandibulares parciales): \$5–\$395 de copago</p> <p>Periodoncia (raspado por inflamación gingival grave y cirugía ósea): \$5–\$385 de copago</p> <p>Extracciones (extracción de un diente erupcionado y coronectomía): \$14–\$140 de copago</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios (ajuste de prótesis dentales totales o parciales y corona 3/4 cementada fundida con contenido alto de metales nobles): \$18–\$445 de copago</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa. Se aplican algunas limitaciones y exclusiones.</p>
Servicios de la vista	<p>1 examen oftalmológico de rutina por año calendario: \$25 de copago</p> <p>Lentes de anteojos (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>\$150 de asignación por marcos de anteojos o lentes de contacto cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>Puede haber mejoras de categoría disponibles por un costo adicional.</p>

Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Deducible	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Estos planes no tienen un deducible.</p>	
Cobertura inicial	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Usted paga los montos indicados en las siguientes tablas hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4 660. Con respecto a las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en todos los niveles de costo compartido. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y su plan de la Parte D.</p> <p>Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar.</p> <p>Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si obtiene sus medicamentos fuera de la red.</p>	
Cobertura de la insulina	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, de la fase de cobertura, de su estado de ayuda adicional o de que el producto de insulina se considere insulina selecta en el formulario de medicamentos con prescripción del plan.*</p>	

	Essence Advantage Gold (HMO)		Essence Advantage Platinum (HMO)	
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago	
Nivel 2 (Genéricos)	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago	
Insulinas selectas*	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago	
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	
Insulinas selectas*	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece		
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionada)**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	
Costos compartidos de pedidos por correo estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días	
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece		\$10 de copago	
Nivel 2 (Genéricos)	No se ofrece		\$30 de copago	
Insulinas selectas*	No se ofrece		\$30 de copago	
Nivel 3 (Marca preferida)	No se ofrece		\$94 de copago	
Insulinas selectas*	No se ofrece		\$94 de copago	
Nivel 4 (Medicamentos de marca no preferida)	No se ofrece		\$200 de copago	
Nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	No se ofrece			
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionada)**	No se ofrece		\$0 de copago	

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)	
Brecha de cobertura	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también llamada “agujero de la dona”). Esto significa que se produce un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total por medicamentos (incluido lo que su plan haya pagado y lo que usted haya pagado) llegue a \$4,660.</p> <p>Una vez que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de \$7,400, que es cuando finaliza la brecha de cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.</p> <p>Durante el período sin cobertura, sus costos por medicamentos de nivel 1 y nivel 6 (que se muestran en la siguiente tabla) seguirán iguales que durante la fase de cobertura inicial de su beneficio de medicamentos recetados. Tendrá que usar el formulario para encontrar el nivel de su medicamento.</p> <p>Importante: No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si la insulina no se considera Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan o si no es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina.</p> <p>Si usted es elegible para el Programa de Ahorro de Insulina, sus costos compartidos de insulinas seleccionadas no aumentan durante el período sin cobertura.</p>		
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionada)**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costos compartidos de pedidos por correo estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece		\$10 de copago
Nivel 6 (Medicamentos de atención seleccionada)**	No se ofrece		\$0 de copago
Cobertura catastrófica	<p><u>Ambos planes</u></p> <p>Una vez que los costos anuales de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$7,400, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% de coseguro o • \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$10.35 de copago por otros medicamentos (suministro por un mes) <p>Importante: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en todos los niveles de costo compartido.</p>		

* Las insulinas seleccionadas son las que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y tienen copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Las insulinas administradas a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero no están incluidas en el programa. Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas selectas en virtud del beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos con receta del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas seleccionadas, incluida información completa sobre costos compartidos. El programa no se aplica durante la etapa de cobertura catastrófica o si recibe ayuda extra.

** Los medicamentos de atención seleccionada son todos los medicamentos del nivel 6 y se usan para el tratamiento de la diabetes, el colesterol alto y la presión arterial alta.

La participación en los gastos puede cambiar en función de la farmacia que elija.

Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Acupuntura	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$35 de copago por visita	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$30 de copago por visita Servicios suplementarios, hasta 15 visitas por año calendario: \$10 de copago por visita Los servicios suplementarios deben recibirse a través de un proveedor contratado.
Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco	<u>Ambos planes</u> Además de las 8 visitas cubiertas por Medicare Original, todos nuestros planes incluyen cobertura de hasta 8 visitas grupales adicionales sin costo para usted.	
Atención quiropráctica	<u>Ambos planes</u> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago Se requiere una derivación.	
Suministros y servicios para la diabetes	<u>Ambos planes</u> Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): \$0 de copago Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: \$0 de copago Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.	
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	<u>Ambos planes</u> 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Tarjeta de beneficios flexibles	No se ofrece	Crédito de \$50 por trimestre, suministrado en forma de tarjeta de débito, proporcionada por WEX, para utilizar en productos de venta libre relacionados con la salud. El saldo pendiente no se traslada de un trimestre al otro y vence al final del año calendario. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.
Cuidado de los pies <i>(servicios de podiatría)</i>	\$35 de copago Se requiere una derivación.	\$30 de copago Se requiere una derivación.
Atención médica en el hogar	<u>Ambos planes</u> \$0 de copago Se requiere una derivación.	
Cuidados paliativos	<u>Ambos planes</u> Cuando se inscribe en un programa de servicios paliativos certificado por Medicare, los servicios paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original y no Essence Healthcare.	
Beneficio de comidas	<u>Ambos planes</u> Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización: \$0 de copago por hasta 28 días, máximo de 56 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario Si tiene una afección crónica, incluyendo, entre otras, algunos trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes: \$0 de copago por hasta 14 días, máximo de 28 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario	
Línea telefónica de enfermeras	<u>Ambos planes</u> Línea de atención de enfermería las 24 horas disponible sin costo adicional (1-844-546-8773, TTY: 711)	
Servicios ambulatorios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$20 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$30 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día. Se requiere una derivación.	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$20 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$20 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día. Se requiere una derivación.

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta individual: \$30 de copago Consulta grupal: \$20 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta individual: \$20 de copago Consulta grupal: \$10 de copago Se podría requerir autorización previa.
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	No se ofrece	Crédito de \$50 por trimestre, suministrado en forma de tarjeta de débito (Tarjeta de beneficios flexibles), proporcionada por WEX, para utilizar en productos de venta libre relacionados con la salud. Para obtener más información, consulte la sección Tarjeta de beneficios flexibles en la página 80.
Dispositivos protésicos	<u>Ambos planes</u> Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	
Consultas virtuales/de telesalud	\$5-\$35 de copago Pagaré el mismo copago por la consulta virtual/ de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor. Se podría requerir una derivación o autorización.	\$0-\$30 de copago Pagaré el mismo copago por la consulta virtual/ de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor. Se podría requerir una derivación o autorización.
	<u>Ambos planes</u> Consultas de telesalud con el médico de atención primaria (a través de Teladoc®): \$10 de copago Servicios prestados a través de la aplicación Teladoc en su teléfono inteligente iPhone o Android, a través de Teladoc.com o llamando al número gratuito 1-800-Teladoc (1-800-835-2362)	
Programas de bienestar	No se ofrece	Membresía a gimnasios/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit®: \$0 de copago

Índice

Acupuntura.....	13
Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco.....	13
Ambulancia.....	8
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	5
Atención quiropráctica.....	13
Deducibles.....	5
Servicios dentales.....	7
Suministros y servicios para la diabetes.....	13
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes.....	7
Consultas al médico.....	6
Equipo médico duradero.....	13
Atención de emergencia.....	7
Tarjeta de beneficios flexibles.....	14
Cuidado de los pies.....	14
Servicios auditivos.....	7
Atención médica en el hogar.....	14
Cuidados paliativos.....	14
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado.....	5
Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo	5
Beneficio de comidas.....	14
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	9
Beneficios suplementarios opcionales.....	9
Servicios de salud mental.....	8
Prima mensual del plan.....	5
Línea telefónica de enfermeras.....	14
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio.....	5
Servicios ambulatorios de rehabilitación.....	14
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.....	15
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	15
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.....	10
Deducible.....	10
Cobertura inicial.....	10
Cobertura de la insulina.....	10
Brecha de cobertura.....	12
Cobertura catastrófica	12
Fisioterapia.....	8
Atención preventiva.....	6
Dispositivos protésicos	15
Centro de enfermería especializada (SNF)	8
Traslado.....	9
Servicios de urgencia.....	7
Consultas virtuales/de telesalud	15
Servicios de la vista.....	8
Programas de bienestar.....	15

Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente 1-844-205-8422 (TTY: 711).

Explicación de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costes y las prestaciones del plan antes de inscribirse. Visite [EssenceHealthcare.com](https://www.EssenceHealthcare.com) o llame al 1-844-205-8422 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente deberá elegir un médico nuevo.
- Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia que use para medicamentos recetados esté dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente deberá elegir una farmacia nueva para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y los copagos o el coseguro podrían modificarse el 1 de enero de 2024.
- Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).

Essence Healthcare incluye planes de HMO, HMO-POS y PPO que tienen contratos con Medicare. Essence Healthcare también incluye un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y con el programa estatal Medicaid. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Todos los planes de Essence incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse, debe tener Medicare Partes A y B y residir en el área de servicio del plan.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Tenga en cuenta que la inscripción se limita a momentos específicos del año.

Los miembros deben usar proveedores del plan, salvo en situaciones de atención de emergencia o de urgencia. Si un miembro recibe atención de un proveedor fuera de la red sin antes obtener la aprobación de Essence, ni Medicare ni Essence serán responsables de los costos.

Número de teléfono gratuito: 1-844-205-8422 (TTY: 711)

De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana

Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.

American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH), ofrece el programa de Silver&Fit. Silver&Fit es una marca de ASH registrada a nivel nacional y se utiliza con permiso en este documento. Los centros y las cadenas de gimnasios participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.



**Sede central corporativa
13900 Riverport Drive
Maryland Heights, MO 63043
EssenceHealthcare.com**