Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE CHOICE (PPO)

ESSENCE HEALTHCARE™

Asistencia en los condados de Banks, Barrow, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White en Georgia.

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 Resumen de Beneficios le ofrece un resumen de lo que cubre **Essence Advantage Choice (PPO)** 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 Choice**
- Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- 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 1-855-944-0094 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.

H8229_23-355_M

Cosas que debe saber sobre Essence Advantage Choice

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 y sitio web de Essence Advantage Choice

- Si tiene preguntas, llame al 1-855-944-0094 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.
- Nuestro sitio web: EssenceHealthcare.com

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Essence Advantage Choice**, 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 Georgia: Banks, Barrow, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White.

¿Qué es una PPO?

Una PPO, u Organización de Proveedores Preferentes, es un plan de seguro médico que ofrece una red de proveedores, pero que también le permite buscar atención de proveedores fuera de la red. Puede pagar menos si recurre a proveedores que pertenecen a la red del plan. Una PPO 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 Choice cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recurre a proveedores que no pertenecen a nuestra red, éstos deben aceptar atenderle. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo. 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 llamarnos, 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 cinco 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 Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Prima mensual del plan	$0 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
Deducibles	Este plan no tiene un deducible.	
Responsabilidad máxima de su bolsillo *(no incluye medicamentos D recetados)*	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. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: $6,900 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red 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. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.	El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro y fuera de la red combinados. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: $12,000 para servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro y fuera de la red 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. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. $370 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 $0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante Se requiere autorización previa.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. 35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	$365 copago por cirugía para la cirugía hospitalaria ambulatoria 20 % de coseguro para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro para servicios hospitalarios para todos los pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	$325 de copago Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro
Consultas al médico *(proveedores de atención primaria y especialistas)*	Consulta al médico de atención primaria (PCP): $0 de copago Consulta a un especialista: $35 de copago Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir una autorización previa.	Consulta al médico de atención primaria (PCP): $25 de copago Consulta a un especialista: $50 de copago
Atención preventiva	No paga nada. Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta preventiva anual • Medición de masa ósea • Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) • Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares • Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal • Examen de detección de cáncer colorrectal • Examen de detección de depresión • Examen de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios para diabéticos • Programas educativos sobre salud y bienestar • Examen de detección del VIH • Terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B, la COVID-19 y antigripal)	

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Atención preventiva *(continuación)*	• 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) Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.	
Atención de emergencia	$95 de copago 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. Los servicios de urgencia se consideran siempre dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	
Servicios de urgencia	$50 de copago dentro de los Estados Unidos $95 de copago fuera de los Estados Unidos Los servicios de urgencia se consideran siempre dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.	
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes *(los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se preste el servicio).*	Servicios de laboratorio: $5 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 20% de coseguro Colonoscopias de diagnóstico: $0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): 20% de coseguro Mamografías de diagnóstico: $0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro Radiografías: $25 de copago Se podría requerir autorización previa.	Servicios de laboratorio: 35% de coseguro Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 35% de coseguro Colonoscopias de diagnóstico: 35% de coseguro Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): 35% de coseguro Mamografías de diagnóstico: 35% de coseguro Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 35% de coseguro Radiografías: 35% de coseguro

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Servicios auditivos	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: $20 de copago Examen de audición de rutina: $20 de copago Para conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios de audición y audífonos, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 44.	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: 35% de coseguro Examen de audición de rutina: $20 de copago Para conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios de audición y audífonos, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 44.
Servicios dentales	Servicios dentales preventivos: $0 de copago **Los servicios preventivos incluyen:** • Evaluación bucal periódica (2 por año calendario) • Examen bucal integral (1 cada 3 años calendario) • Limpieza de rutina (2 por año calendario) • Tratamiento con flúor (1 por año calendario) • Radiografías de mordida horizontales (hasta 4 imágenes, una vez por año calendario) Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: $35 de copago Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios provistos por un cirujano bucal cubiertos por Medicare. Para conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte el apartado Tarjeta de prestaciones flexibles en la página 44.	Servicios dentales preventivos: $0 de copago **Los servicios preventivos incluyen:** • Evaluación bucal periódica (2 por año calendario) • Examen bucal integral (1 cada 3 años calendario) • Limpieza de rutina (2 por año calendario) • Tratamiento con flúor (1 por año calendario) • Radiografías de mordida horizontales (hasta 4 imágenes, una vez por año calendario) Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: $50 de copago Para conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte el apartado Tarjeta de prestaciones flexibles en la página 44.

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Servicios de la vista	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: $35 de copago Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: $0 de copago 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) después de cada cirugía de cataratas: $0 de copago Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: $0 de copago 1 examen oftalmológico de rutina por año calendario: $0 de copago Las refracciones y dilataciones oculares están cubiertas durante un examen rutinario. Si desea conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios de visión y gafas, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 44.	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: $50 de copago Exámenes oftalmológicos para diabéticos: $50 de copago 1 par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) después de cada cirugía de cataratas: 35% de coseguro Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: 35% de coseguro 1 examen oftalmológico de rutina por año calendario: $0 de copago Las refracciones y dilataciones oculares están cubiertas durante un examen rutinario. Si desea conocer los detalles de una **prestación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios de visión y gafas, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 44.
Servicios de salud mental	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. $370 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 5 $0 de copago por día, por hospitalización: día 6 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: $15 de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: $10 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. 35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: 35% de coseguro Consulta grupal como paciente ambulatorio: 35% de coseguro

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Centro de enfermería especializada (SNF)	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. • $0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • $188 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 Se requiere autorización previa. 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.	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. 35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante
Fisioterapia	$30 de copago	35% de coseguro
Ambulancia	$285 de copago | Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia. Siempre se considera dentro de la red.	
Traslado	Los servicios de transporte no están cubiertos por este plan.	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro 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. Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 20% de coseguro 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. Se podría requerir autorización previa. Los importes que paga por los medicamentos de la Parte B cuentan para el importe 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 su bolsillo de $7,400.	Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 35% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 35% de coseguro Los importes que paga por los medicamentos de la Parte B cuentan para el importe 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 su bolsillo de $7,400.

Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D

	Essence Advantage Choice (PPO)		
Deducible	Este plan no tiene un deducible.		
Cobertura inicial	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. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. 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.		
Cobertura de la insulina	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.		
Costos compartidos para farmacias minoristas preferidas	**Suministro por 30 días**	**Suministro por 60 días**	**Suministro por 90 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2: *(Genéricos)*	$5 de copago	$10 de copago	$15 de copago
Insulinas seleccionadas*	$5 de copago	$10 de copago	$15 de copago
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferida)*	$42 de copago	$84 de copago	$126 de copago
Insulinas seleccionadas*	$35 de copago	$70 de copago	$105 de copago
Nivel 4 *(Medicamentos de marca no preferida)*	$95 de copago	$190 de copago	$285 de copago
Nivel 5 *(Medicamentos de especialidad)*	33% de coseguro	No se ofrece	

* 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. 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.

	Essence Advantage Choice (PPO)		
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 *(Medicamentos genéricos)*	$10 de copago	$20 de copago	$30 de copago
Insulinas Selectas*	$10 de copago	$20 de copago	$30 de copago
Nivel 3 *(Medicamentos de 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	
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		$0 de copago
Nivel 2 *(Genéricos)*	No se ofrece		$12.50 de copago
Insulinas selectas*	No se ofrece		$12.50 de copago
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferida)*	No se ofrece		$105 de copago
Insulinas Selectas*	No se ofrece		$105 de copago
Nivel 4 *(Medicamentos de marca no preferida)*	No se ofrece		$237.50 de copago
Nivel 5 *(Medicamentos de especialidad)*	33% de coseguro	No se ofrece	

	Essence Advantage Choice (PPO)		
Costos compartidos fuera de la red	**Suministro por 30 días**	**Suministro por 60 días**	**Suministro por 90 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	$5 de copago	No se ofrece	
Nivel 2: *(Genéricos)*	$10 de copago	No se ofrece	
Insulinas seleccionadas*	$10 de copago	No se ofrece	
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferida)*	$47 de copago	No se ofrece	
Insulinas seleccionadas*	$35 de copago	No se ofrece	
Nivel 4 *(Medicamentos de marca no preferida)*	$100 de copago	No se ofrece	
Nivel 5 *(Medicamentos de especialidad)*	33% de coseguro	No se ofrece	
Brecha de cobertura	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. 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. **Importante:** no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si el producto de insulina no se considera insulina selecta según el formulario de medicamentos recetados del plan o si no es elegible para el Programa de Ahorro de Insulina. Si usted es elegible para el Programa de Ahorro de Insulina, sus costos compartidos de insulinas seleccionadas no aumentan durante el período sin cobertura.		
Cobertura catastrófica	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: • 5% de coseguro o • $4,15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y $10,35 de copago por otros medicamentos (suministro por un mes) 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.		

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

Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
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: $50 de copago por visita
Atención quiropráctica	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: $20 de copago	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: 35% de coseguro
Suministros y servicios para la diabetes	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: 20% de coseguro 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.	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*): 35% de coseguro 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: 35% de coseguro *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.
Equipo médico duradero *(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro
Tarjeta de beneficios flexibles	$250 de crédito compartido por trimestre, suministrados en forma de tarjeta de débito, proporcionada por WEX, para utilizar en productos y servicios dentales, de la vista y auditivos no cubiertos por Medicare, así como en artículos de venta libre relacionados con la salud No hay restricciones en cuanto a la cantidad de la asignación que se puede gastar en cada categoría. La tarjeta Flex puede utilizarse tanto con los proveedores de la red como con los de fuera de la red. El saldo pendiente se traslada de un trimestre al otro, pero vence al final del año calendario. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.	
Cuidado de los pies *(servicios de podología)*	$35 de copago	$50 de copago

	Essence Advantage Choice (PPO) En la red	**Essence Advantage Choice (PPO)** Fuera de la red
Atención médica en el hogar	$0 de copago Se requiere autorización previa.	35% de coseguro
Cuidados paliativos	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.	
Servicios ambulatorios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación cardíaca: $20 de copago por día Consultas de 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 ambulatorios de terapia el mismo día. Se podría requerir autorización previa.	Servicios de rehabilitación cardíaca: 35% de coseguro por día Consultas de terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: 35% de coseguro
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta individual: $15 de copago Consulta grupal: $10 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta individual: 35% de coseguro Consulta grupal: 35% de coseguro
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	$250 de crédito compartido por trimestre, suministrados en forma de tarjeta de débito (tarjeta de beneficios flexibles), proporcionada por WEX, para utilizar en artículos de venta libre relacionados con la salud El crédito puede compartirse entre artículos de venta libre, odontológicos, oftalmológicos y auditivos. Para más información, consulte el apartado Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 44.	
Dispositivos protésicos	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	Dispositivos protésicos: 35% de coseguro Suministros médicos relacionados: 35% de coseguro
Consultas virtuales/de telesalud	De $0 a $35 de copago Pagará el mismo copago por la consulta virtual/de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor. Se podría requerir autorización previa.	De $25 a $50 de copago o 35% de coseguro Pagará el mismo copago o coseguro por la consulta virtual/de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor.
Programas de bienestar	Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: $0 de copago	

Índice

Acupuntura 14
Ambulancia 10
Atención de emergencia 7
Atención médica en el hogar 15
Atención preventiva 6
Atención quiropráctica 14
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D 11
- Deducible 11
- Cobertura inicial 11
- Cobertura de insulina 11
- Brecha de cobertura 13
- Cobertura en casos de catástrofe 13

Centro de enfermería especializada (SNF) 10
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) 6
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio 6
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado 5
Cobertura de productos de venta libre (OTC) 15
Consultas a médicos 6
Consultas virtuales/de telesalud 15
Cuidado de los pies 14
Cuidados paliativos 15
Deducibles 5
Dispositivos protésicos 15
Equipo médico duradero 14
Fisioterapia 10
Medicamentos de la Parte B de Medicare 10
Prima mensual del plan 5
Programas de bienestar 15
Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo 5
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias 15
Servicios auditivos 8
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes 7
Servicios dentales 8
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio 15
Servicios de salud mental 9
Servicios de urgencia 7
Servicios oftalmológicos 9
Suministros y servicios para la diabetes 14
Tarjeta de beneficios flexibles 14
Transporte 10

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 1-855-944-0094 (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 o llame al 1-855-944-0094 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- [ ] 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 seguir pagando la 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.
- [ ] Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, si bien pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una emergencia o en situaciones urgentes, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo. Además, puede pagar un copago más alto por los servicios proporcionados por proveedores no contratados.

Notas

Notas

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 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 proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros de Essence Healthcare, salvo en casos de emergencia. Llame al número de nuestro servicio de atención al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Número de teléfono gratuito: 1-855-944-0094 (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.

ESSENCE HEALTHCARE™

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