

Aviso Anual de Cambios

MEDICARE ADVANTAGE | 2027

ESSENCE ADVANTAGE® CHOICE (PPO)

ESSENCE HEALTHCARE®

Al servicio del área metropolitana de Chicago

Essence Advantage Choice (PPO) ofrecido por Essence Healthcare PPO, Inc.

Aviso Anual de Cambios para 2027

Actualmente, se encuentra inscrito como miembro de Essence Advantage Choice (PPO).

En este material se describen los cambios en los costos y los beneficios de nuestro plan durante el siguiente año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el siguiente año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2026, permanecerá en Essence Advantage Choice.
- Para cambiarse a un **plan diferente**, visite Medicare.gov o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solamente un resumen de los cambios. Hay más información sobre los costos, los beneficios y las normas en la *Evidencia de Cobertura*. Obtenga una copia en MyEssenceHealthcare.com o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más recursos

- Este material está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Acerca de Essence Advantage Choice

- Essence Healthcare es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.
- Cuando en este material se mencionan las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Essence Healthcare PPO, Inc. Cuando en este material se mencionan las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Essence Advantage Choice.
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en Essence Advantage Choice.** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de Essence Advantage Choice. Vaya a la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar los planes y los plazos para realizar un cambio.

Tabla de contenido

Resumen de costos importantes para 2027 3

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo 7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan 7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo 7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores/farmacias 8
Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos para servicios médicos 9
Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D 13
Sección 1.6 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos recetados 14

SECCIÓN 2 Cambios administrativos 20

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan 20
Sección 3.1 Plazo para cambiarse de plan 21
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año? 21

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados 22

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas? 23
Obtenga ayuda ayuda de Essence Advantage Choice 23
Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare 24
Obtenga ayuda de Medicare 24

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener más información.	$0	$0
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Ir a la sección 1.2 para más detalles).	De proveedores de la red: $4,150 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $6,150	De proveedores de la red: $4,450 De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $6,450
Consultas al consultorio de atención primaria*	**Dentro de la red** $0 por consulta **Fuera de la red** $50 por consulta	**Dentro de la red** $0 por consulta **Fuera de la red** $50 por consulta
Consultas al consultorio del especialista	**Dentro de la red** $30 por consulta **Fuera de la red** 50 % de coseguro por consulta	**Dentro de la red** $30 por consulta **Fuera de la red** 50 % de coseguro por consulta
Estadía en un hospital como paciente internado Incluye varias estadías en un hospital como paciente internado, como cuidados intensivos, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estadía en un hospital como paciente internado comienza el día en que ingresa formalmente con una orden del médico y termina el día antes de ser dado de alta.	**Dentro de la red** $325 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante. **Fuera de la red** 50% de coseguro del costo total	**Dentro de la red** $370 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante. **Fuera de la red** 50% de coseguro del costo total

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener información detallada, incluidas la Etapa de deducible, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** $340 (Niveles 3 a 5) excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D **Copagos/coseguro** durante la Etapa de cobertura inicial: **Farmacias preferidas Suministro por 30 días** **Nivel de medicamentos 1:** $0 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 2:** $5 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 3:** $47 de copago Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** $700 (Niveles 3 a 5) excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D **Copagos/coseguro** durante la Etapa de cobertura inicial: **Farmacias preferidas Suministro por 30 días** **Nivel de medicamentos 1:** $0 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 2:** $5 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 3:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	**Nivel de medicamentos 4:** 50% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Nivel de medicamentos 4:** 28% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamentos 5: 29% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Nivel de medicamentos 5:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Farmacias estándar Suministro por 30 días	**Farmacias estándar Suministro por 30 días**
	Nivel de medicamentos 1: $4 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Nivel de medicamentos 1:** $4 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamentos 2: $12 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Nivel de medicamentos 2:** $15 de copago, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
	Nivel de medicamentos 3: $47 de copago Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto	**Nivel de medicamentos 3:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (continuación)	de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 4:** 50% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 5:** 29% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Etapa de cobertura catastrófica:** En esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 4:** 28% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Nivel de medicamentos 5:** 25% de coseguro Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Etapa de cobertura catastrófica:** En esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el año próximo

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare). Sin cambios para el próximo año de beneficios.	$0	$0

Factores que podrían cambiar el monto de su prima de la Parte D

- Multa por inscripción tardía: su prima mensual del plan será *mayor* si se le exige pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D de por vida por no tener la Parte D u otra cobertura de medicamentos que sea, al menos, tan buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también denominada “cobertura válida”) durante 63 días o más.
- Recargo por ingresos mayores: si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de gastos de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten lo que debe pagar en gastos de bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de gastos de bolsillo para los servicios médicos. Una vez que haya pagado este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. Para obtener más información sobre qué servicios se usan para el cálculo del máximo de gastos de bolsillo, consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red Sus costos por los servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores de la red **se tienen en cuenta** para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Sus costos por medicamentos recetados **no cuentan** para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo.	$4,150	$4,450 Una vez que haya pagado $4,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de los proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Monto máximo combinado que paga de su bolsillo Sus costos por servicios médicos cubiertos (como los copagos) proporcionados por proveedores dentro y fuera de la red **se tienen en cuenta** para el cálculo de su monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados para pacientes ambulatorios **no cuentan** para el cálculo del monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.	$6,150	$6,450 Una vez que haya pagado $6,450 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red o fuera de la red durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores/farmacias

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* de 2027 (que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com) para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com.
- Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. Es posible que tenga un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan.

Los montos que paga por sus medicamentos recetados pueden depender de la farmacia a la cual recurre. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red. Nuestra red incluye farmacias con costos compartidos preferidos, que pueden ofrecerle un costo compartido menor que los costos compartidos estándares ofrecidos por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el año próximo. Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias de 2027* (que se encuentra en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com) para ver qué farmacias están en nuestra red. A continuación, se indica cómo obtener un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado:

- Visite nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com.
- Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información actualizada sobre farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores y farmacias*.

Podemos realizar cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si se ve afectado por algún cambio en nuestras farmacias durante la mitad del año, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Sección 1.4 Cambios en los beneficios y los costos para servicios médicos

	2026 (este año)	**2027 (el próximo año)**
Servicios de ambulancia	**Dentro de la red** $280 de copago por beneficios para traslado en ambulancia aérea cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** $280 de copago por beneficios para traslado en ambulancia aérea cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** 20% de coseguro del costo total por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 20% de coseguro del costo total por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Servicios de rehabilitación cardíaca	**Dentro de la red** Se requiere Autorización previa para servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.	**Dentro de la red** No se requiere Autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare y los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva.
Tarjeta de Beneficios Flexibles	Hay un crédito anual de $850 a través de la Tarjeta de Beneficios Flexibles que se puede usar para servicios no cubiertos por Medicare (de rutina) en todas las categorías de servicios dentales, de audición y de la vista.	Hay un crédito anual de $650 a través de la Tarjeta de Beneficios Flexibles que se puede usar para servicios no cubiertos por Medicare (de rutina) en todas las categorías de servicios dentales, de audición y de la vista. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.2 de su Evidencia de Cobertura 2027 para obtener detalles específicos sobre la Tarjeta de Beneficios Flexibles.
Programas educativos sobre salud y bienestar	**Fuera de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los programas educativos sobre salud y bienestar a través de Silver Sneakers®.	**Fuera de la red** 50% de coseguro con un beneficio máximo anual del plan de $100 por año calendario. Después de que se agote este límite máximo de beneficios del plan, usted es responsable del 100% de los costos restantes.
Servicios de agencia de atención médica domiciliaria	**Dentro de la red** Se requiere autorización previa.	**Dentro de la red** No se requiere autorización previa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Atención hospitalaria como paciente internado	**Dentro de la red** $325 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante.	**Dentro de la red** $370 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 al 90. 50% de coseguro: del día 91 en adelante.
Servicios en un hospital psiquiátrico como paciente internado	**Dentro de la red** $325 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 en adelante.	**Dentro de la red** $370 de copago por día, por estadía: del día 1 al 7. $0 de copago por día, por estadía: del día 8 en adelante.
Servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos	**Dentro de la red** $15 de copago, por consulta, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** $25 de copago, por consulta, por los servicios del programa de tratamiento para el uso de opiáceos cubiertos por Medicare.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red** No se requiere Autorización previa para los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. No se requiere Autorización previa para las radiografías cubiertas por Medicare.	**Dentro de la red** Se requiere Autorización previa para los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. Se requiere Autorización previa para las radiografías cubiertas por Medicare.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red** $15 de copago por cada consulta individual de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare. $10 de copago por cada sesión grupal de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta individual de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare. $20 de copago por cada sesión grupal de atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare.
Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	**Dentro de la red** $15 de copago por cada consulta individual por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $10 de copago por cada consulta grupal por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	**Dentro de la red** $25 de copago por cada consulta individual por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $20 de copago por cada consulta grupal por trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar	**Dentro de la red** Se requiere Autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** No se requiere Autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.
Servicios en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)	**Dentro de la red** $20 de copago por día: del día 1 al 20. $203 de copago por día: del día 21 al 100.	**Dentro de la red** $0 de copago por día: del día 1 al 20. $219 de copago por día: del día 21 al 100.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Terapia de ejercicio supervisado (SET)	**Dentro de la red** Se requiere Autorización previa por los servicios de SET cubiertos por Medicare.	**Dentro de la red** No se requiere Autorización previa por los servicios de SET cubiertos por Medicare.
Atención de la vista	**Atención de la vista de rutina** La asignación máxima del plan para artículos para la vista de rutina es de $200 cada año calendario (combinado dentro y fuera de la red).	**Atención de la vista de rutina** La asignación máxima del plan para artículos para la vista de rutina es de $175 cada año calendario (combinado dentro y fuera de la red).

Sección 1.5 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra Lista de medicamentos cubiertos se denomina formulario o Lista de medicamentos. Una copia de nuestra Lista de medicamentos se encuentra publicada en línea en MyEssenceHealthcare.com.

Realizamos cambios en nuestra Lista de medicamentos, lo que podría incluir eliminar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para determinados medicamentos o incluirlos en un nivel de costos compartidos diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año siguiente y saber si existe alguna restricción, o si su medicamento ha sido incluido en un nivel de costos compartidos diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios que estén permitidos por las normas de Medicare que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si realizamos algún cambio que afectará su acceso a algún medicamento que esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año, o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura* y hable con el médico que emite sus recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporario, solicitar una excepción o colaborar para encontrar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.6 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos recetados

¿Recibe usted "Extra Help" (Ayuda Adicional) para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si está inscrito en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Extra Help" [Ayuda Adicional]), **algunas partes de la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D pueden no aplicarse a su caso**. Le hemos enviado un material por separado, titulado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben "Extra Help" (Ayuda Adicional) para el pago de medicamentos recetados*, en el que se describen los costos por medicamentos que le corresponden. Si recibe "Extra Help" (Ayuda Adicional) y no recibe este material antes del 15 de octubre de 2026, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pagos de medicamentos

Existen **3 etapas de pagos de medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura catastrófica.

- ***Etapa 1: Deducible anual***

  Usted comienza esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (medicamentos de especialidad) hasta que alcance el monto del deducible del plan.

- ***Etapa 2: Cobertura inicial***

  Una vez que paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde por el costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que sus Gastos de bolsillo del año a la fecha alcancen los $2,400.

- ***Etapa 3: Cobertura catastrófica***

  Esta es la tercera etapa de pagos de medicamentos y la final. En esta etapa, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos para los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Por lo general, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costos de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por cada medicamento recetado durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Deducible anual	$340 **Costos compartidos estándares** Durante esta etapa, usted paga un copago de $4 por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), un copago de $12 por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. **Costos compartidos preferidos** Durante esta etapa, usted paga un copago de $0 por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), un copago de $5 por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.	$700 **Costos compartidos estándares** Durante esta etapa, usted paga $4 de copago por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), $15 de copago por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual. **Costos compartidos preferidos** Durante esta etapa, usted paga $0 de copago por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos), $5 de copago por un suministro de un mes de medicamentos en el Nivel 2 (medicamentos genéricos) y el costo total de los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca preferida), Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida) y Nivel 5 (medicamentos especializados) hasta que haya alcanzado el deducible anual.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

Para los medicamentos en el Nivel 3 (medicamentos de marca), sus costos compartidos preferidos y sus costos compartidos estándares cambiarán de un copago a un coseguro durante la Etapa de cobertura inicial. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios de 2026 a 2027.

En la tabla se muestra su costo por un suministro de un mes (30 días) de cada medicamento recetado surtido en una farmacia de la red con los costos compartidos preferidos y los costos compartidos estándares.

Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búsquelos en la Lista de medicamentos. La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos recetados pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de Cobertura*.

Una vez que haya pagado $2,400 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura catastrófica).

	2026 (este año)	**2027** **(el próximo año)**
Medicamentos genéricos preferidos **Nivel 1:**	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Paga $4 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes (incluida la insulina) es de $0. **Costos compartidos preferidos:** Paga $0 por medicamento recetado, incluido un suministro de	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Paga $4 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes (incluida la insulina) es de $0. **Costos compartidos preferidos:** Paga $0 por medicamento recetado, incluido un suministro de

	2026 (este año)	**2027** **(el próximo año)**
Medicamentos genéricos preferidos (continuación) **Nivel 1:**	un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamentos genéricos **Nivel 2:**	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Paga $12 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes (incluida la insulina) es de $5. **Costos compartidos preferidos:** Paga $5 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Paga $15 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un medicamento recetado pedido por correo para un mes (incluida la insulina) es de $5. **Costos compartidos preferidos:** Paga $5 por medicamento recetado, incluido un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamentos de marca preferidos **Nivel 3:**	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Paga $47 por medicamento recetado Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Usted paga el 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	2026 (este año)	**2027** **(el próximo año)**
Medicamentos de marca preferidos (continuación) **Nivel 3:**	**Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de un medicamento recetado pedido por correo es de $47. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos preferidos:** Paga $47 por medicamento recetado Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de suministro de un medicamento recetado pedido por correo es del 25% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos preferidos:** Usted paga el 25% del costo total Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamentos no preferidos **Nivel 4:**	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Usted paga el 50% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de suministro de un medicamento recetado pedido por correo es del 50% del costo total.	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Usted paga el 28% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de suministro de un medicamento recetado pedido por correo es del 28% del costo total.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos no preferidos (continuación) **Nivel 4:**	Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos preferidos:** Usted paga el 50% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos preferidos:** Usted paga el 28% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
Medicamentos de especialidad **Nivel 5:**	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Usted paga el 29% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de suministro de un medicamento recetado pedido por correo es del 29% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	Su costo para un suministro de un mes (30 días): **Costos compartidos estándares:** Usted paga el 25% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Costos compartidos para pedidos por correo:** Su costo para un mes de suministro de un medicamento recetado pedido por correo es del 25% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de pedido por correo.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
Medicamentos de especialidad (continuación) **Nivel 5:**	**Costos compartidos preferidos:** Usted paga el 29% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.	**Costos compartidos preferidos:** Usted paga el 25% del costo total. Usted paga no más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Para el año del plan 2027, hicimos un cambio en la URL del sitio web para Miembros. En la tabla a continuación se describe ese cambio. Llame al Servicio de atención al cliente para obtener más información.

	2026 (este año)	2027 (el próximo año)
URL del sitio web para Miembros	URL del sitio web para Miembros: EverythingEssence.com	URL del sitio web para Miembros: MyEssenceHealthcare.com

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Essence Advantage Choice, no deberá hacer nada. A menos que se inscriba en un tipo diferente de plan de salud de Medicare o cambie a Medicare Original antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en nuestro plan Essence Advantage Choice.

Si desea cambiar de plan para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbase en el nuevo plan. Esto cancelará automáticamente su inscripción en Essence Advantage Choice. Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren los medicamentos recetados. Además, tenga en cuenta que para muchos planes, no puede inscribirse en un plan de salud de Medicare y comprar simultáneamente un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de la Parte D y automáticamente se cancelará su inscripción en Essence Advantage Choice.

- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite la cancelación de la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, puede pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D (consulte la Sección 1.1).

- **Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare**, visite Medicare.gov, consulte el manual *Medicare y usted de 2027*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Le recordamos que Essence Healthcare PPO, Inc. ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden tener diferentes coberturas, primas mensuales del plan y montos de costos compartidos.

Sección 3.1 Plazo para cambiarse de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura del **15 de octubre al 7 de diciembre de** cada año.

Si se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no le gusta la opción de su plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de cambiar su cobertura durante el año. Algunos ejemplos incluyen a las personas con las siguientes características:

- Tienen Medicaid.
- Reciben “Extra Help” (Ayuda Adicional) para pagar sus medicamentos.
- Tienen o dejarán de tener cobertura del empleador.
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan.

Si se mudó hace poco tiempo a una institución o vive actualmente en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare por separado) en cualquier momento. Si se mudó hace poco tiempo de una institución, tiene la posibilidad de cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en el que se mude.

SECCIÓN 4 Obtenga ayuda para pagar medicamentos recetados

Puede calificar para obtener ayuda para pagar medicamentos recetados. Existen diferentes tipos de ayuda disponibles:

- **"Extra Help" (Ayuda Adicional) de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir "Extra Help" (Ayuda Adicional) con el fin de poder pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si cumple los requisitos, Medicare podría ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos, incluidas las primas mensuales del plan de medicamentos, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen no tendrán que pagar multas por inscripción tardía. Para saber si califica, llame al:
    - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
    - La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 7 p. m., para hablar con un representante. Los mensajes automáticos están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
    - A la Oficina de Medicaid de su estado.

- **Asistencia de costo compartido de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos de importancia vital contra el VIH. Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, usted debe reunir determinados criterios, incluidas la prueba de residencia en el estado y la condición de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y condición de asegurado/subasegurado. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia de Medicamentos de Illinois. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si actualmente está inscrito en el programa, cómo continuar recibiendo ayuda, llame a IL ADAP al 1-800-825-3518 (TTY: 1-800-547-0466). Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

- **Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su actual cobertura de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan repartiéndolos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción

de pago. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027, no es necesario que presente una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

La "Extra Help" (Ayuda Adicional) de Medicare y la ayuda de su ADAP, para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-845-1803 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-716-3231) o visite Medicare.gov.

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?

Obtenga ayuda ayuda de Essence Advantage Choice

- **Llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Nuestras líneas telefónicas están abiertas siete días a la semana de 8 a. m. a 8 p. m. Los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados puede que le atienda un contestador automático. Deje su mensaje y lo llamaremos al siguiente día hábil. Las llamadas a este número son gratuitas.

- **Lea su *Evidencia de Cobertura* para 2027**

  Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2027 de Essence Advantage Choice. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener servicios y medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de Cobertura* en nuestro sitio web en MyEssenceHealthcare.com o llame al Servicio de atención al cliente al 1-866-597-9560 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo.

- **Visite MyEssenceHealthcare.com**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores y farmacias*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en cada estado. En Illinois, el programa SHIP se llama Senior Health Insurance Program.

Llame a Senior Health Insurance Program para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre el seguro de salud. Además, pueden ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro. Llame a Senior Health Insurance Program al 1-800-252-8966 (TTY: 711). Para obtener más información sobre Senior Health Insurance Program, visite el sitio web: ILaging.Illinois.gov/SHIP.

Obtenga ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

  Puede llamar 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.

- **Chatee en vivo con Medicare.gov**.

  Puede chatear en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

  También puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite Medicare.gov**

  El sitio web oficial de Medicare tiene información sobre costos, cobertura y las Clasificaciones de estrellas de la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted* 2027**

  El manual *Medicare y usted 2027* se envía por correo postal a todas las personas que tienen Medicare todos los años, en otoño. Se incluye un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y se responden las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Aviso de disponibilidad de los servicios de asistencia lingüística

English - ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-597-9560 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-597-9560 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

中文 (Simplified Chinese) - 如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-866-597-9560（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

中文 (Traditional Chinese) - 注意：如果您說[中文]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-866-597-9560（TTY：711）或與您的提供者討論。

العربية (Arabic) - تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-866-597-9560 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

Polski (Polish) - UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-597-9560 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

ထၢၣ်ၸိဳလီၤဖဲအံၤ (Karen) - ဆူ– နမ့ၢ်ကတိၤ ထၢၣ်ၸိဳလီၤဖဲအံၤ အဃိ, တၢ်အိဉ်ဒီး ကျိာ်တၢ်ဆီဉ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလာ် ဘူဉ်လာ်စ့ၢ်လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိဉ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်နၢ်ဟူပီးလီဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအ ကြၢးအဘဉ် လၢကဟ့ဉ်တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤ လၢတၢ်မၤနၣ်အီၤသ့တဖဉ် လၢတလာ်ဘူဉ်လာ်စ့ၢ် လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး 1-866-597-9560 (TTY: 711) မ့တမ့ၢ် ကတိၤတၢ်ဒီး နပ့ၤလၢဟ့ဉ် နၤတၢ်ကွၢ်ထွဲမၤစၢၤတက့ၢ်.

မြန်မာ (Burmese) - သတိပြုရန်- သင်က မြန်မာဘာသာစကား ပြောဆိုပါက၊ အခမဲ့ ဘာသာစကားအကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများကို ရရှိနိုင်ပါသည်။ အသုံးပြုနိုင်သော ဖော်မတ်များဖြင့် အချက်အလက်များ ဖော်ပြပေးရန် သင့်လျော်သော အရန်အကူအညီများနှင့် ဝန်ဆောင်မှုများကိုလည်း အခမဲ့ ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-866-597-9560 (TTY: 711) သို့ဖုန်းခေါ်ပါ သို့မဟုတ် သင်၏ ဆောင်ရွက်ပေးသူနှင့် စကားပြောပါ။

Việt (Vietnamese) - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-597-9560 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

יידיש (Yiddish) - נאטיץ: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעבטיגט פאר דיר פריי. צונעמען אַידס און באַדינונגס פֿאַר פּראַווייַדינג אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאָרמאַטירונגען זענען אויך בנימצא פריי. רופן 711 :TTY) 1-866-597-9560) אָדער רעדן מיט דיין טרעגער.

Nederlands (Dutch) - LET OP: als je Nederlands spreekt, zijn er gratis taalhulpdiensten voor je beschikbaar. Passende hulpmiddelen en diensten om informatie in toegankelijke formaten te verstrekken, zijn ook gratis beschikbaar. Bel 1-866-597-9560 (TTY: 711) of spreek met je provider.

Français (French) - ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-597-9560 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Tagalog - Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-597-9560 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

한국어 (Korean) - 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-597-9560 (TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

РУССКИЙ (Russian) - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-597-9560 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

українська мова (Ukrainian) - УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-866-597-9560 (TTY: 711) або зверніться до свого постачальника.

Deutsch (German) - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-597-9560 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

नेपाली (Nepali) - सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। 1-866-597-9560 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Bosanski (Bosnian) - PAŽNJA: Ako govorite bosanski, dostupne su vam besplatne jezičke usluge. Odgovarajuća pomagala i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također se pružaju besplatno. Pozovite 1-866-597-9560 (TTY: 711) ili kontaktirajte svog pružatelja usluga.

Essence Healthcare es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.

Essence Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Número de teléfono gratuito: 1-866-597-9560 (TTY: 711)
De 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Puede comunicarse con un servicio de mensajería los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los días festivos. Deje un mensaje y le devolveremos la llamada el siguiente día hábil.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de dar tratamiento a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio 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.

ESSENCE HEALTHCARE®

P.O. Box 5907
Troy, MI 48007
MyEssenceHealthcare.com