

Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2027

ESSENCE ADVANTAGE SELECT® (HMO) - ESSENCE ADVANTAGE® CHOICE (PPO)
ESSENCE ADVANTAGE® CHOICE PLUS (PPO) - ESSENCE ADVANTAGE® PREMIER PLUS (PPO)

ESSENCE HEALTHCARE®

Al servicio del área metropolitana de Chicago

Essence Advantage Select (HMO) H2610-027
Essence Advantage Choice (PPO) H6200-009
Essence Advantage Choice Plus (PPO) H6200-010
Essence Advantage Premier Plus (PPO) H6200-011

Resumen de Beneficios

1 de enero de 2027–31 de diciembre de 2027

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, solicite la Evidencia de Cobertura en línea en EssenceHealthcare.com.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual vigente de Medicare y Usted. 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

- Lo que debe saber sobre **Essence Advantage Select, Essence Advantage Choice, Essence Advantage Choice Plus** y **Essence Advantage Premier Plus**
- Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga usted por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y de hospital cubiertos
- Beneficios de Medicamentos Recetados
- Otros beneficios cubiertos

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande de imprenta. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al 1-855-603-3733 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio de atención al cliente.

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.

Números de teléfono y sitio web

- Si tiene preguntas, llame al 1-855-603-3733 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio de atención al cliente.
- Nuestro sitio web: EssenceHealthcare.com

Cosas que debe saber sobre nuestros planes

¿Quién puede inscribirse?

Para unirse a **Essence Advantage Select, Essence Advantage Choice, Essence Advantage Choice Plus** o **Essence Advantage Premier Plus,** 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 legalmente en los Estados Unidos y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los condados de Illinois de Cook, DuPage y Will. En Illinois, nuestro plan HMO también está disponible en los condados de Kane y Kendall. Los planes PPO no se ofrecen en estos condados adicionales.

¿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. En general, no cubrirá la atención fuera de la red, excepto en una emergencia.

¿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.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Essence Advantage Select, Essence Advantage Choice, Essence Advantage Choice Plus y **Essence Advantage Premier Plus** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Los miembros del plan HMO deben usar proveedores del plan a menos que el plan lo apruebe previamente, excepto en situaciones de emergencia o atención de urgencia. Los miembros del plan PPO pueden consultar a proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red no están obligados a tratar a los miembros del plan, salvo en casos de emergencia. Por lo general, se deben usar las farmacias de la red para surtir las recetas de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Podría pagar menos si usa estas farmacias. Puede ver el Directorio de proveedores de nuestros planes 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. 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. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

¿Cómo determino mis costos de medicamentos de la Parte D?

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, su deducible (si corresponde) y la etapa del beneficio en la que se encuentra. Más adelante en este documento, analizamos las etapas de beneficios que ocurren: cobertura inicial 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 Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Prima mensual del plan	**$0** por mes	**$0** por mes	**$49** por mes	**$267** por mes
	Todos los planes: Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.			
Deducibles	**Todos los planes** Estos planes no tienen deducibles médicos ni hospitalarios.			
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo *(no incluye cobertura para medicamentos recetados de la Parte D)*	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 **INN**. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: **$2,900** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN**.	El monto máximo de desembolso personal es lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios hospitalarios y médicos cubiertos por **INN** o combinados con **INN** y **OON**. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: **$4,450** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN**. **$6,450** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN** y **OON**.	El monto máximo de desembolso personal es lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios hospitalarios y médicos cubiertos por **INN** o combinados con **INN** y **OON**. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: **$6,700** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN**. **$10,000** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN** y **OON**.	El monto máximo de desembolso personal es lo máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por servicios hospitalarios y médicos cubiertos por **INN** o combinados con **INN** y **OON**. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: **$2,900** por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores **INN** y **OON**.
	Todos los planes Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y de hospital 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 Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Atención hospitalaria como paciente internado	**Todos los planes:** Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria como paciente internado.			
	• Del día 1 al 7: **$195** de copago por día, por estadía • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía	• Del día 1 al 7: **$370** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 91 en adelante: **50%** de coseguro **(INN y OON)**	• Del día 1 al 7: **$350** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 91 en adelante: **50%** de coseguro **(INN y OON)**	• Del día 1 al 7: **$300** de copago por día, por estadía **(INN y OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)** • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN): Se requiere autorización previa.			
Cobertura de cobertura hospitalaria como paciente ambulatorio	**$325** de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la cirugía El copago se cobra por cirugía.	**$395** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la cirugía El copago se cobra por cirugía.	**$345** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida la cirugía El copago se cobra por cirugía.	**$0** de copago por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluida cirugía **(INN Y OON)**
	Todos los planes (INN) Se podría requerir autorización previa.			
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	**$225** de copago	**$295** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	**$245** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	**$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se podría requerir autorización previa.			
Consultas al médico *(proveedores de atención primaria y especialistas)*	Consulta al médico de atención primaria (PCP): **$0** de copago Consulta a un especialista: **$25** de copago	Consulta al médico de atención primaria (PCP): **$0** de copago **(INN), $50** de copago **(OON)** Consulta a un especialista: **$30** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	Consulta al médico de atención primaria (PCP): **$0** de copago **(INN), $50** de copago **(OON)** Consulta a un especialista: **$25** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	Consulta al médico de atención primaria (PCP): **$0** de copago **(INN y OON)** Consulta a un especialista: **$0** de copago **(INN y OON)**

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Consultas al médico *(continuación)* *(proveedores de atención primaria y especialistas)*	Es posible que se requiera una remisión para consultas a especialistas, y ciertos servicios cubiertos por Medicare proporcionados por un médico pueden requerir una autorización previa.	**Planes PPO (INN)** Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir autorización previa.		
Atención preventiva	**Todos los planes** No paga nada. Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes: • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta anual de bienestar • Medición de la masa ósea • Examen 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 • Examen de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • 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 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) • Examen de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua • Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH • Pruebas de detección de cáncer de próstata • Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Examen de detección de infección por el virus de la hepatitis C • Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Examen 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.		

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Atención de emergencia	**$125** de copago dentro de los Estados Unidos **$125** de copago fuera de los Estados Unidos	**$150** de copago dentro de los Estados Unidos **$150** de copago fuera de los Estados Unidos	**$115** de copago dentro de los Estados Unidos **$115** de copago fuera de los Estados Unidos	**$0** de copago dentro de los Estados Unidos **$0** de copago fuera de los Estados Unidos
	Todos los planes Si lo ingresan en el mismo hospital en el término de las 24 horas por la misma afección, paga **$0** por la visita a la sala de emergencias. Consulte la sección "Atención hospitalaria como paciente internado" de este cuadernillo para ver otros costos. Los servicios de emergencia se consideran siempre dentro de la red. Brindamos cobertura internacional.			
Servicios de urgencia	**$45** de copago dentro de los Estados Unidos **$125** de copago fuera de los Estados Unidos	**$65** de copago dentro de los Estados Unidos **$150** de copago fuera de los Estados Unidos	**$40** de copago dentro de los Estados Unidos **$115** de copago fuera de los Estados Unidos	**$0** de copago dentro de los Estados Unidos **$0** de copago fuera de los Estados Unidos
	Todos los planes 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 proporcione el servicio).*	Servicios de laboratorio: **$0** de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: **$40** de copago Colonoscopias de diagnóstico: **$0** de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): **$200** de copago	Servicios de laboratorio: **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Procedimientos y pruebas de diagnóstico: **$95** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Colonoscopias de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)** Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): **$325** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios de laboratorio: **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Procedimientos y pruebas de diagnóstico: **$50** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Colonoscopias de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)** Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): **$250** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios de laboratorio: **$0** de copago **(INN y OON)** Procedimientos y pruebas de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)** Colonoscopias de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)** Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): **$0** de copago **(INN y OON)**

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes *(continuación)* *(Los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se proporcione el servicio).*	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): **20%** de coseguro Radiografías: **$20** de copago Mamografías de diagnóstico: **$0** de copago	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): **20%** de coseguro **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Radiografías: **$25** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Mamografías de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)**	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): **20%** de coseguro **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Radiografías: **$30** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Mamografías de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)**	Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): **$0** de copago **(INN y OON)** Radiografías: **$0** de copago **(INN y OON)** Mamografías de diagnóstico: **$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN): Se podría requerir autorización previa.			
Servicios auditivos	Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: **$20** de copago Es posible que se requiera una derivación para las consultas cubiertas por Medicare. Examen de audición de rutina: **$20** de copago	**Ambos planes** Examen cubierto por Medicare para diagnosticar problemas auditivos y del equilibrio: **$20** de copago **(INN)**, **$20** de copago **(OON)** Examen de audición de rutina: **$20** de copago **(INN)**, **$20** de copago **(OON)**		Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: **$0** de copago **(INN y OON)** Examen de audición de rutina: **$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN y OON) **$1,000** de asignación para hasta 2 audífonos cada 2 años calendario (ambos oídos combinados) Una prueba/evaluación para audífonos cada 2 años calendario: **$0** de copago			
	Para conocer los detalles de una **asignación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y productos auditivos, consulte el apartado Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17.**	**Ambos planes (INN y OON)** Para conocer los detalles de una **asignación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y productos auditivos, consulte el apartado Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17.**		

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Servicios dentales	Servicios dentales preventivos: **$0** de copago **<u>Los servicios dentales preventivos incluyen lo siguiente:</u>** • Examen oral periódico, completo o limitado (2 cada año calendario) • Limpieza de rutina (2 cada año calendario) • Tratamiento con flúor (2 cada año calendario) • Imágenes de ala de - mordida (2 series cada año calendario) • 1 Radiografía panorámica (una vez cada 3 años calendario)			
	Servicios dentales cubiertos por Medicare: **$25** de copago	Servicios dentales cubiertos por Medicare: **$30** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios dentales cubiertos por Medicare: **$25** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios dentales cubiertos por Medicare: **$0** de copago **(INN y OON)**
	Es posible que se requiera una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.	**<u>Planes PPO (INN)</u>** 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 **asignación compartida** que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte el apartado Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17.**	**<u>Ambos planes (INN y OON)</u>** Para conocer los detalles de una **asignación compartida** que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte el apartado Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17**.		

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = 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: **$25** de copago Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: **$0** de copago Para las visitas a especialista, es posible que se requiera una remisión.	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: **$30** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: **$25** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)** Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: **$0** de copago **(INN y OON)** Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: **$0** de copago **(INN y OON)**
	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	**Planes PPO** 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 **(INN y OON)**		
	1 examen oftalmológico de rutina por año calendario: **$0** de copago Las refracciones y dilataciones oculares están cubiertas como parte del examen. Nuestro plan paga hasta **$200** para un artículo para la vista de rutina, como anteojos (lentes y monturas) o lentes de contacto cada año calendario. Las actualizaciones pueden estar disponibles a un costo adicional de su bolsillo o a través de la Tarjeta Flex.	**Ambos planes** 1 examen oftalmológico de rutina por año calendario: **$0** de copago **(INN y OON)** Las refracciones y dilataciones oculares están cubiertas como parte del examen **(INN y OON).** Nuestros planes pagan hasta **$175** en total por artículos para la vista de rutina (monturas, lentes y lentes de contacto) cada año calendario **(INN y OON combinados).** Las actualizaciones pueden estar disponibles a un costo adicional de su bolsillo o a través de la Tarjeta Flex **(INN & OON).**		

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: **INN** = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Servicios de la vista *(continuación)*	Si desea conocer los detalles de una **asignación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y artículos para la vista, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17.**	**Ambos planes (INN y OON)** Si desea conocer los detalles de una **asignación compartida adicional** que puede utilizarse en servicios y artículos para la vista, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página **17**.		
Servicios de salud mental	Consulta como paciente internado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria como paciente internado. • Del día 1 al 7: **$195** de copago por día, por estadía • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía	Consulta como paciente internado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria como paciente internado. • Del día 1 al 7: **$370** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	Consulta como paciente internado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria como paciente internado. • Del día 1 al 7: **$298** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**	Consulta como paciente internado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria como paciente internado: • Del día 1 al 7: **$300** de copago por día, por estadía **(INN y OON)** • Del día 8 al 90: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)** • Del día 91 en adelante: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)**
	Consulta individual como paciente ambulatorio: **$25** de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: **$20** de copago	**Ambos planes** Consulta individual como paciente ambulatorio: **$25** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Consulta grupal como paciente ambulatorio: **$20** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**		Consulta individual como paciente ambulatorio: **$0** de copago **(INN y OON)** Consulta grupal como paciente ambulatorio: **$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se puede requerir autorización previa para los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios e internados.			

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. • Del día 1 al 20: **$0** de copago por día, por estadía • Del día 21 al 100: **$200** de copago por día, por estadía	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. • Del día 1 al 20: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro por día, por estadía **(OON)** • Del día 21 al 100: **$219** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro por día, por estadía **(OON)**	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. • Del día 1 al 20: **$0** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro por día, por estadía **(OON)** • Del día 21 al 100: **$220** de copago por día, por estadía **(INN), 50%** de coseguro por día, por estadía **(OON)**	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. • Del día 1 al 20: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)** • Del día 21 al 100: **$0** de copago por día, por estadía **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se requiere autorización previa. El ingreso a un nuevo Centro de Enfermería Especializada (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.			
Fisioterapia	**$35** de copago	**$40** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	**$35** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	**$0** de copago **(INN y OON)**
Ambulancia	Servicios de ambulancia terrestre: **$240** de copago Servicios de ambulancia aérea: **$240** de copago	Servicios de ambulancia terrestre: **$280** de copago **(INN y OON)** Servicios de ambulancia aérea: **20%** de coseguro **(INN y OON)**	Servicios de ambulancia terrestre: **$275** de copago **(INN y OON)** Servicios de ambulancia aérea: **20%** de coseguro **(INN y OON)**	Servicios de ambulancia terrestre: **$0** de copago **(INN y OON)** Servicios de ambulancia aérea: **$0** de copago **(INN y OON)**
	Este copago se aplica a cada viaje de ida.	**Planes PPO** Este copago se aplica a cada viaje de ida **(INN y OON).**		
	Todos los planes (INN) Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.			
Traslado	**Todos los planes** Sin cobertura			

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Medicamentos de la Parte B de Medicare		**Ambos planes**		
	Medicamentos de la Parte B (que no sean insulina de la Parte B): Usted paga el **20%** o el monto del coseguro ajustado del beneficiario según lo establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), lo que sea menos.	Medicamentos de la Parte B (que no sean insulina de la Parte B): Usted paga el menor de los siguientes valores: **20% (INN), 50% (OON),** o el monto de coseguro del beneficiario ajustado según lo dispuesto por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).		Medicamentos de la Parte B (que no sean insulina de la Parte B): Usted paga el **20% (INN y OON)** o el monto del coseguro ajustado del beneficiario según lo establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), lo que sea menos.
	Insulina de la Parte B (insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero): Usted paga **$35** o el **20%** de coseguro, lo que sea menos, por un suministro para un mes.	Insulina de la Parte B (insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero): Usted paga **$35** o **20%** de coseguro **(INN y OON),** para un suministro de un mes, lo que sea menos.		Insulina de la Parte B (insulina administrada a través de una bomba de equipo médico duradero): Usted paga **$35** o **20%** de coseguro **(INN y OON),** para un suministro de un mes, lo que sea menos.
	Todos los planes (INN): Es posible que se requiera autorización previa para ciertos medicamentos de la Parte B, excepto la insulina.			
	Todos los planes Los montos que pague por los medicamentos de la Parte B cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo; no se cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D de **$2,400.**			

Beneficios de Medicamentos Recetados de la Parte D

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Deducible		**Planes PPO**		
	$300 por año calendario (se aplica solo a los niveles 4–5)	**$700** por año calendario (se aplica solo a los niveles 3–5)		
	Usted debe cumplir con este deducible antes de que se apliquen los costos compartidos estándares.	Usted debe cumplir con este deducible antes de que se apliquen los costos compartidos estándares.		

	Essence Advantage Select (HMO)		Essence Advantage Choice (PPO)		Essence Advantage Choice Plus (PPO)		Essence Advantage Premier Plus (PPO)	
	Claves: **INN** = dentro de la red, **OON** = fuera de la red							
Cobertura inicial	**Todos los planes** Usted paga las cantidades enumeradas en las tablas siguientes hasta que el total de sus gastos de bolsillo de la Parte D llegue a **$2,400.** Usted no paga más de **$35** por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan en todos los niveles de costo compartido. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si obtiene sus medicamentos fuera de la red.							
	Essence Advantage Select (HMO)		**Essence Advantage Choice (PPO)**		**Essence Advantage Choice Plus (PPO)**		**Essence Advantage Premier Plus (PPO)**	
Costos compartidos para farmacias minoristas preferidas **$** = Copago **%** = Coseguro	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 *(Medicamentos genéricos)*	**$3**	**$9**	**$5**	**$15**	**$5**	**$15**	**$5**	**$15**
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferidos)*	**$45**	**$135**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 4 *(Medicamentos no preferidos)*	**$95**	**$285**	**28%**	**28%**	**25%**	**25%**	**26%**	**26%**
Nivel 5* *(Medicamentos de especialidad)*	**30%**	N/A	**25%**	N/A	**25%**	N/A	**25%**	N/A
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares **$** = Copago **%** = Coseguro	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**	**30 días**	**90 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	**$4**	**$12**	**$4**	**$12**	**$4**	**$12**	**$10**	**$30**
Nivel 2 *(Medicamentos genéricos)*	**$12**	**$36**	**$15**	**$45**	**$15**	**$45**	**$15**	**$45**
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferidos)*	**$47**	**$141**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 4 *(Medicamentos no preferidos)*	**$100**	**$300**	**28%**	**28%**	**25%**	**25%**	**26%**	**26%**
Nivel 5* *(Medicamentos de especialidad)*	**30%**	N/A	**25%**	N/A	**25%**	N/A	**25%**	N/A

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
Costos compartidos de pedidos por correo estándares **$** = Copago **%** = Coseguro	**90 días**	**90 días**	**90 días**	**90 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
Nivel 2 *(Medicamentos genéricos)*	**$6**	**$10**	**$10**	**$10**
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferidos)*	**$90**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 4 *(Medicamentos no preferidos)*	**$190**	**28%**	**25%**	**26%**
Nivel 5* *(Medicamentos de especialidad)*	N/A	N/A	N/A	N/A
Costos compartidos fuera de la red **$** = Copago **%** = Coseguro	**30 días**	**30 días**	**30 días**	**30 días**
Nivel 1 *(Medicamentos genéricos preferidos)*	**$4**	**$4**	**$4**	**$10**
Nivel 2 *(Medicamentos genéricos)*	**$12**	**$15**	**$15**	**$15**
Nivel 3 *(Medicamentos de marca preferidos)*	**$47**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 4 *(Medicamentos no preferidos)*	**$100**	**28%**	**25%**	**26%**
Nivel 5* *(Medicamentos de especialidad)*	**30%**	**25%**	**25%**	**25%**
Cobertura catastrófica	**Todos los planes** Después de que los costos de su bolsillo anuales por medicamentos alcanzan los **$2,400,** usted paga **$0** por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D.			

Los costos compartidos pueden cambiar en función de la farmacia que elija.
*Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid limitan los medicamentos de nivel 5 a un suministro de 30 días.

Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Acupuntura	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 consultas por año calendario: **$25** de copago por consulta	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 consultas por año calendario: **$30** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 consultas por año calendario: **$25** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 consultas por año calendario: **$0** de copago por consulta **(INN y OON)**
Atención quiropráctica	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: **$20** de copago Podría requerirse una remisión.	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: **$20** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: **$15** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: **$0** de copago **(INN y OON)**
Suministros y servicios para la diabetes	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: **$0** de copago	**Ambos planes** Capacitación para el autocontrol de la diabetes: **$0** de copago **(INN y OON)**		
	Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre): **$0** de copago	**Ambos planes** Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre): **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**		Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre): **$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott y Roche **(INN Y OON)**.			
	Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: **20%** de coseguro	Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: **0%** de coseguro **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: **20%** de coseguro **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: **0%** de coseguro **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se requiere autorización para algunos artículos (por ejemplo, medidores de glucosa continuos, bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa.			

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: **INN** = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Equipo médico duradero *(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)*	**20%** de coseguro	**Ambos planes** **20%** de coseguro (INN), **50%** de coseguro (OON)		**0%** de coseguro **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se podría requerir autorización previa.			
Tarjeta de Beneficios Flexibles	**$2,500** de crédito anual compartido para ciertos productos y servicios dentales, de la vista y de la audición no cubiertos por Medicare	**$650** de crédito anual compartido para ciertos productos y servicios dentales, de la vista y de la audición no cubiertos por Medicare	**$1,900** de crédito anual compartido para ciertos productos y servicios dentales, de la vista y de la audición no cubiertos por Medicare	No se ofrece
	Notas Los miembros recibirán una tarjeta de débito, suministrada por WEX. Para los servicios dentales, de la vista y de la audición, los siguientes son algunos ejemplos de artículos y servicios aprobados (no es una lista completa): radiografías dentales, empastes, coronas, artículos para la vista, audífonos, exámenes rutinarios de la vista y la audición. No hay restricciones en cuanto a la cantidad de la asignación que se puede gastar en cada categoría permitida. Cualquier saldo no utilizado vence al final del año calendario. La Tarjeta Flex se puede utilizar con proveedores dentro y fuera de la red para servicios dentales, de la vista y de audición. La Tarjeta Flex no es una tarjeta de crédito. No se puede convertir en efectivo ni utilizar para pagar primas del plan o servicios no cubiertos por la Tarjeta Flex. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.			
Cuidado de los pies *(servicios de podiatría)*	**$25** de copago Podría requerirse una remisión.	**$30** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	**$25** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**	**$0** de copago **(INN y OON)**
Atención médica en el hogar	**$0** de copago	**Ambos planes** **$0** de copago **(INN)**, **50%** de coseguro **(OON)**		**$0** de copago **(INN y OON)**

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Cuidados paliativos	**Todos los planes** Cuando se inscribe en un programa de cuidados 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 son pagados por Medicare Original y no por Essence Healthcare.			
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta individual: **$25** de copago Consulta grupal: **$20** de copago	**Ambos planes** Consulta individual: **$25** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Consulta grupal: **$20** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**		**$0** de copago **(INN y OON)**
	Todos los planes (INN) Se requiere autorización previa.			
Servicios ambulatorios de rehabilitación	Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: **$20** de copago por día Consultas de terapia ocupacional y del habla: **$35** de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.	Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: **$25** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Consultas de terapia ocupacional y del habla: **$40** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.	Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: **$20** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Consultas de terapia ocupacional y del habla: **$35** de copago **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día.	Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar: **$0** de copago por día **(INN y OON)** Consultas de terapia ocupacional y del habla: **$0** de copago **(INN y OON)**

	Essence Advantage Select (HMO)	Essence Advantage Choice (PPO)	Essence Advantage Choice Plus (PPO)	Essence Advantage Premier Plus (PPO)
	Claves: INN = dentro de la red, **OON** = fuera de la red			
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	**$20** de crédito por trimestre El crédito se proporciona mediante una tarjeta de débito (Tarjeta de Beneficios Flexibles). Todas las asignaciones de la Tarjeta Flex, incluidas las asignaciones para otros beneficios, se incluirán en una Tarjeta Flex. Consulte la sección Tarjeta Flex en la página **17** para consultar otros beneficios elegibles para la Tarjeta Flex. Los productos OTC elegibles incluyen analgésicos, vitaminas, productos de primeros auxilios y más. El crédito para productos OTC se agrega trimestralmente y puede usarse únicamente para productos OTC, en las tiendas minoristas aprobadas y en la tienda en línea de productos OTC de Essence. Cualquier saldo no utilizado vence al final de cada trimestre.	Sin cobertura	**$20** de crédito por trimestre El crédito se proporciona mediante una tarjeta de débito (Tarjeta de Beneficios Flexibles). Todas las asignaciones de la Tarjeta Flex, incluidas las asignaciones para otros beneficios, se incluirán en una Tarjeta Flex. Consulte la sección Tarjeta Flex en la página **17** para consultar otros beneficios elegibles para la Tarjeta Flex. Los productos OTC elegibles incluyen analgésicos, vitaminas, productos de primeros auxilios y más. El crédito para productos OTC se agrega trimestralmente y puede usarse únicamente para productos OTC, en las tiendas minoristas aprobadas y en la tienda en línea de productos OTC de Essence. Cualquier saldo no utilizado vence al final de cada trimestre.	Sin cobertura
Dispositivos protésicos		**Ambos planes** Dispositivos protésicos: **20%** de coseguro **(INN), 50%** de coseguro **(OON)** Suministros médicos relacionados: **20%** de coseguro **(INN), 50%** de coseguro **(OON)**		Dispositivos protésicos: **0%** de coseguro **(INN y OON)** Suministros médicos relacionados: **0%** de coseguro **(INN y OON)**
	Dispositivos protésicos: **20%** de coseguro Suministros médicos relacionados: **20%** de coseguro			
	Todos los planes (INN) Se podría requerir autorización previa.			

<table>
<tr><th></th><th>Essence Advantage Select (HMO)</th><th>Essence Advantage Choice (PPO)</th><th>Essence Advantage Choice Plus (PPO)</th><th>Essence Advantage Premier Plus (PPO)</th></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">Claves: INN = dentro de la red, OON = fuera de la red</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Consultas virtuales/de telesalud</td><td>$0 a $70 de copago</td><td>$0–$65 de copago (INN)</td><td>$0–$55 de copago (INN)</td><td>$0 de copago (INN)</td></tr>
<tr><td>Se podría requerir una remisión o autorización (coinciden con el requisito de las consultas presenciales).</td><td colspan="3">Planes PPO
Se podría requerir autorización previa (coinciden con el requisito de las consultas presenciales).</td></tr>
<tr><td colspan="4">Todos los planes
Si su médico de la red ofrece consultas de telesalud, pagará el mismo copago que una visita en el consultorio. La telesalud no está cubierta con proveedores fuera de la red.</td></tr>
<tr><td>Programas de bienestar</td><td>Membresía a gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: $0 de copago</td><td colspan="3">Planes PPO
Gimnasios/clases de ejercicio a través de SilverSneakers®: $0 de copago

Para los gimnasios que no participan en el programa SilverSneakers® pero que ofrecen servicios similares, los gastos de bolsillo pueden reembolsarse al 50%, sujeto a una asignación máxima de $100 por año. Se puede solicitar un reembolso al plan.

Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener una lista completa.</td></tr>
</table>

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 del Servicio de atención al cliente en el 1-855-603-3733 (TTY: 711).

Explicación de los Beneficios

- ☐ La Evidencia de Cobertura (EOC) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y las prestaciones del plan antes de inscribirse. Visite EssenceHealthcare.com o llame al 1-855-603-3733 (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 que le atiendan ahora estén dentro de la red. Consulte la sección “Explicación de reglas importantes” para obtener información sobre las normas que rigen las visitas a proveedores fuera de nuestra red.
- ☐ 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 deba 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 2028.
- ☐ Para nuestros planes HMO, 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).
- ☐ Nuestros planes PPO le permiten 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.
- ☐ **Efecto en la cobertura actual.** Si está actualmente inscrito en un plan de Medicare Advantage, su actual cobertura de atención médica de Medicare Advantage finalizará cuando comience la nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene TRICARE®, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Para obtener más información, comuníquese con TRICARE. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque estará pagando por una cobertura que no podrá utilizar.

Essence Healthcare incluye planes de HMO y PPO que tienen contratos con Medicare. 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 las Partes A y B de Medicare 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 inscritos en un plan Essence Healthcare HMO deben usar los proveedores del plan, excepto en situaciones de atención de urgencia o emergencia. Si un miembro recibe atención de un proveedor fuera de la red sin antes obtener la aprobación de Essence, ni Medicare ni Essence Healthcare serán responsables de los costos.

Los miembros inscritos en un plan Essence Healthcare PPO pueden ver a proveedores fuera de la red (proveedores no contratados). Los proveedores fuera de la red/no contratados no están obligados a tratar a los miembros del plan, 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.

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

ESSENCE HEALTHCARE®

13900 Riverport Drive
St. Louis, MO 63043
EssenceHealthcare.com

Llame al número de teléfono gratuito: 1-855-603-3733 (TTY: 711)
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.

Nuestra área de servicio para todos los planes: los condados de Illinois de Cook, DuPage y Will.

Nuestro plan HMO también está disponible en los condados de Illinois de Kane y Kendall. No se ofrecen planes PPO en estos condados adicionales.