



Aviso Anual de Cambios

MEDICARE ADVANTAGE | 2022

ESSENCE ADVANTAGE GOLD (HMO)



Asistencia de los condados de Alameda y San Mateo de California

Essence Advantage Gold (HMO) ofrecido por Essence Healthcare

Aviso anual de cambios para 2022

En la actualidad, está inscrito como miembro de Stanford Health Care Advantage Gold. Habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan durante el próximo año. *Este documento describe los cambios.*

- **Dispone del plazo desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.**
-

¿Qué debe hacer ahora?

1. CONSULTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan a usted.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- Verifique los cambios en el documento para nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber si lo afectan a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de ir a estas farmacias?
 - Verifique la Lista de medicamentos de 2022 y consulte la Sección 2.6 para obtener más información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Puede que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Consulte con su médico acerca de alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted; esto le puede ahorrar los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [Go.Medicare.gov/DrugPrices](https://www.go.medicare.gov/drugprices) y haga clic en el enlace “listas” en el medio de la segunda nota hacia la parte inferior de la página. Estas listas destacan los fabricantes que aumentaron los precios y también muestran la información sobre los

precios de los medicamentos de un año para el otro. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuántos cambios habrá en sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos, incluidos los especialistas que consulta con frecuencia, en nuestra red?
 - ¿Hubo algún cambio en los hospitales u otros proveedores que utiliza usted?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores/farmacias.
- Piense acerca de los costos generales de atención médica la salud.
 - ¿Cuánto gastará de su bolsillo para pagar los servicios y medicamentos con receta que utiliza periódicamente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿En qué se parecen y diferencian los costos totales de su plan y otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** Infórmese sobre otras opciones de planes de cobertura

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada en el Buscador de planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Verifique la lista en el reverso del manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022).
 - Consulte la Sección 4 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en la página web del plan.

3. **ELIJA:** Decida si desea cambiar su plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, se lo inscribirá en Essence Advantage Gold.
- Para cambiar a un **plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede cambiar de plan desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

4. **INSCRÍBASE:** Para cambiar de plan, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2021**
- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2021**, se lo inscribirá en Essence Advantage Gold.
 - Si se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2021, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2022. Se cancelará automáticamente la inscripción en su plan actual.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español y chino.
- Para obtener información adicional, comuníquese con el servicio de atención al cliente llamando al número 1-855-996-8422. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711).
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos.
- **La cobertura según este plan califica como cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

Acerca de Essence Advantage Gold

- Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Essence Healthcare. Los términos “plan” o “nuestro plan” se refieren a Essence Advantage Gold.

Resumen de costos importantes para 2022

En la tabla siguiente, se comparan los costos de 2021 y 2022 para Essence Advantage Gold en varios aspectos importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles.	\$69	\$59
Monto máximo que paga de su bolsillo Esta es la suma <u>máxima</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles).	\$6,500	\$5,900
Visitas en el consultorio del médico	Visitas al médico de atención primaria: \$10 por consulta Visitas a especialista: \$30 por consulta	Visitas al médico de atención primaria: \$5 por consulta Visitas a especialista: \$35 por consulta
Hospitalizaciones Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes internados por afecciones agudas, rehabilitación, atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios con internación. La atención para pacientes internados en un hospital comienza el día en que se lo admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente internado.	\$275 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 7. \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 8 en adelante.	\$315 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 7. \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 8 en adelante.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> <p>Para saber qué medicamentos son insulinas selectas, verifique la Lista de medicamentos más reciente proporcionada de manera electrónica. Puede identificar insulinas selectas al buscar una indicación de “SI” (Selected Insulins) en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede llamar al Servicio de atención al cliente (los números de teléfono del Servicio de atención al cliente están impresos en la portada posterior de este documento).</p>	<p>Deducible: \$250 (Se aplica a los medicamentos de niveles 3, 4 y 5).</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Suministro de 30 días de farmacia de costo compartido estándar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$15 de copago Insulinas selectas: No se ofrece • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Insulinas selectas: No se ofrece • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 28% de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$2 de copago 	<p>Deducible: \$0</p> <p>Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <p>Suministro de 30 días de farmacia de costo compartido estándar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel 1 de medicamentos: \$5 de copago • Nivel 2 de medicamentos: \$15 de copago Insulinas selectas: Se ofrecen con \$15 de copago • Nivel 3 de medicamentos: \$47 de copago Insulinas selectas: Se ofrecen con \$35 de copago • Nivel 4 de medicamentos: \$100 de copago • Nivel 5 de medicamentos: 33% de coseguro • Nivel 6 de medicamentos: \$0 de copago

Aviso anual de cambios para 2022
Tabla de contenidos

Resumen de costos importantes para 2022	1
SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan	4
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo	4
Sección 2.1. Cambios en su prima mensual.....	4
Sección 2.2. Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo	5
Sección 2.3. Cambios en la red de proveedores.....	5
Sección 2.4. Cambios en la red de farmacias.....	6
Sección 2.5. Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos.....	6
Sección 2.6. Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.....	16
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	20
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	20
Sección 4.1. Si desea permanecer en Essence Advantage Gold.....	20
Sección 4.2. Si quiere cambiar de plan	21
SECCIÓN 5 Plazo para cambiarse de plan	22
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare	22
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta	23
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	23
Sección 8.1. Recibir ayuda de Essence Advantage Gold.....	23
Sección 8.2. Cómo recibir ayuda de Medicare	24

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2022, el nombre de nuestro plan cambiará de Stanford Health Care Advantage Gold a Essence Advantage Gold.

Le enviaremos por correo las nuevas tarjetas de identificación de miembro para el año del plan 2022 y todas las comunicaciones de miembros del año del plan 2022 tendrán el nombre del plan Essence Advantage Gold.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el año próximo

Sección 2.1. Cambios en su prima mensual

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Prima mensual (Usted también debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare).	\$69	\$59
Prima mensual de beneficios suplementarios opcionales Para obtener más información, consulte el Capítulo 4, la Sección 2.2, <i>Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que puede adquirir, en su Evidencia de cobertura para 2022.</i>	\$20	\$20 por paquete 1 de beneficios suplementarios opcionales (OSB) (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista) \$38 por paquete 2 de beneficios suplementarios opcionales (OSB) (servicios odontológicos (PPO) y atención de la vista)

- 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 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.

- Si usted tiene ingresos mayores, puede que tenga que pagar un monto adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura para medicamentos con receta de Medicare.
- Su prima mensual será *menor* si usted recibe “Ayuda adicional” para sus costos de medicamentos con receta. Consulte la Sección 7 relacionada con la “Ayuda adicional” de Medicare.

Sección 2.2. Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten cuánto debe pagar “de su bolsillo” durante el año. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, en general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y B durante el resto del año.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Monto máximo que paga de su bolsillo	\$6,500	\$5,900
Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como copagos) cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos por medicamentos con receta no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo.		Una vez que haya pagado \$5,900 de su bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.

Sección 2.3. Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores/farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores/farmacias. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2022 para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen diversos motivos por los que su proveedor podría abandonar su plan. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos brindarle a usted acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para gestionar su atención.

Sección 2.4. Cambios en la red de farmacias

Las sumas que paga por sus medicamentos con receta 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 con receta están cubiertos *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Hay un Directorio de proveedores/farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores/farmacias. **Revise el Directorio de proveedores/farmacias de 2022 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

Sección 2.5. Cambios en los beneficios y costos por servicios médicos

Vamos a cambiar nuestra cobertura de determinados servicios médicos el año próximo. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*, en su *Evidencia de cobertura 2022*.

Servicios del programa de tratamiento con opioides

Los miembros de nuestro plan que tienen trastorno por uso de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios a fin de tratar el OUD a través de un programa de tratamiento para el uso de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos para tratamiento con asistencia de medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.
- Despacho y administración de medicamentos para MAT (si corresponde)
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Pruebas toxicológicas
- Actividades de ingreso
- Evaluaciones periódicas

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda	Usted paga \$30 de copago por servicios de acupuntura cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere autorización previa.	Usted paga \$35 de copago por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. <u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios de rehabilitación cardíaca	<u>Sí</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios de quiropráctica	<u>Sí</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios odontológicos	Usted paga \$20 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare.	Usted paga \$35 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios <u>pueden</u> requerir autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
	<p><u>No</u> se requiere autorización previa para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare.</p>	
Atención de emergencia	<p>Usted paga \$80 de copago por servicios de atención de emergencia/posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>La cobertura de atención de emergencia en todo el mundo no está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por servicios de atención de emergencia/posteriores a la estabilización cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga \$90 de copago por cobertura de atención de emergencia en todo el mundo.</p>
Medicamentos excluidos	<p>Los medicamentos para la disfunción eréctil no están cubiertos.</p>	<p>Se cubren cantidades limitadas de ciertos medicamentos genéricos orales usados para el tratamiento de la disfunción eréctil (ED) en el nivel 2 de costos compartidos.</p>
Servicios auditivos	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para los exámenes auditivos cubiertos por Medicare.</p>
Atención médica a domicilio	<p><u>Sí</u> se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes internados	<p>Usted paga \$275 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 7.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 8 en adelante.</p>	<p>Usted paga \$315 de copago por día, por hospitalización: del día 1 al 7.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por día, por hospitalización: del día 8 en adelante.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Atención médica salud mental para pacientes internados	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.
Beneficio de comidas	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP. <u>Sí</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP. <u>No</u> se requiere autorización previa.
Servicios del programa de tratamiento con opioides	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP. <u>Sí</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP. <u>No</u> se requiere autorización previa.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios	<u>Sí</u> se requiere autorización previa para todos los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.	<u>No</u> se requiere autorización previa para todos los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare. <u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología cubiertos por Medicare.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para todos los servicios de radiología cubiertos por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para todos los servicios de radiología cubiertos por Medicare.</p>
Observación en el hospital para pacientes ambulatorios	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.</p>
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa para sesiones grupales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa para sesiones individuales de salud mental cubiertas por Medicare.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para sesiones grupales de salud mental cubiertas por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para sesiones individuales de salud mental cubiertas por Medicare.</p>
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p><u>Sí</u> se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes ambulatorios	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.
Servicios de hospitalización parcial	<u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.	<u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.
Servicios de médicos/ profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico	<p>Usted paga \$10 de copago por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa para recibir servicios de un especialista médico.</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para recibir servicios de un especialista médico.</p>
Servicios de podología	<p>Usted paga \$30 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$35 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios de rehabilitación pulmonar	<u>Sí</u> se requiere autorización previa.	<u>No</u> se requiere autorización previa.

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para los servicios de diálisis.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa para los servicios de diálisis.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para los servicios de diálisis.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa para los servicios de diálisis.</p>
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.</p>
Traslado regular	<p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>Sí</u> se requiere autorización previa.</p>	<p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP.</p> <p><u>No</u> se requiere autorización previa.</p>
Servicios de atención de urgencia	<p>La cobertura de atención de urgencia en todo el mundo no está cubierta.</p>	<p>Usted paga \$90 de copago por cobertura de atención de urgencia en todo el mundo.</p>
Atención de la vista	<p>Usted paga \$10 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por su PCP.</p> <p>Usted paga \$30 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por un especialista.</p> <p><u>No</u> se requiere una derivación de su PCP para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$5 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por su PCP.</p> <p>Usted paga \$35 de copago por los exámenes cubiertos por Medicare realizados por un especialista.</p> <p><u>Sí</u> se requiere una derivación de su PCP para los exámenes de la vista cubiertos por Medicare.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Beneficios suplementarios opcionales (servicios odontológicos y atención de la vista)*</p>	<p>Essence Advantage Gold ofrece el paquete de beneficios suplementarios opcionales (OSB):</p> <p><u>“Servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista”</u></p> <p>\$39 de copago para el examen de la retina como mejora del examen WellVision.</p>	<p>Essence Advantage Gold ofrece <u>dos</u> paquetes de beneficios suplementarios opcionales (OSB):</p> <p><u>Paquete 1 de OSB (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista)</u></p> <p>\$39 de copago para el examen de la retina como mejora del examen WellVision. Hicimos cambios con respecto a cómo informamos a Medicare este servicio; sin embargo, lo que usted paga por este servicio no ha cambiado.</p> <p>No hay cambios en los beneficios del Paquete 1 de OSB.</p> <p><u>Paquete 2 de OSB (servicios odontológicos (PPO) y atención de la vista)</u></p> <p><u>Atención de la vista:</u></p> <p>\$25 de copago por un examen ocular de rutina.</p> <p>\$25 de copago por anteojos, lentes para anteojos, monturas y lentes de contacto cada dos años calendario.</p> <p>\$60 de copago máximo por ajuste de lentes de contacto.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Beneficios suplementarios opcionales (servicios odontológicos y atención de la vista) (continuación)*		<p>\$275 de asignación para marcos de anteojos o lentes de contacto cada dos años calendario.</p> <p>\$55 de copago por lentes progresivos estándares cada dos años calendario.</p> <p>\$95 - \$105 de copago por lentes progresivos premium cada dos años calendario.</p> <p>\$150 - \$175 de copago por lentes progresivos personalizados cada dos años calendario.</p> <p>\$39 de copago para el examen de la retina como mejora del examen WellVision.</p> <p><u>Servicios odontológicos:</u></p> <p>Preventivos: Servicios preventivos y de diagnóstico 0% de coseguro por servicios de proveedor preferido. 20% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p> <p>Preventivos: Selladores 40% de coseguro por servicios de proveedor preferido. 50% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Beneficios suplementarios opcionales (servicios odontológicos y atención de la vista) (continuación)*		<p>Integrales: Servicios de diagnóstico 0% de coseguro por servicios de proveedor preferido. 20% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p> <p>Integrales: Restauración básica 40% de coseguro por servicios de proveedor preferido. 50% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p> <p>Integrales: Restauración importante 60% de coseguro por servicios de proveedor preferido. 60% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p> <p>Integrales: endodoncia, periodoncia, extracciones, prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial, y otros servicios integrales de 40 a 60% de coseguro por servicios de proveedor preferido. de 50 a 60% de coseguro por servicios de proveedor no preferido.</p> <p>\$1,500 de asignación máxima por servicios odontológicos preventivos e integrales.</p>

Costo	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Beneficios suplementarios opcionales (servicios odontológicos y atención de la vista) (continuación)*		Para obtener detalles específicos, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que puede adquirir, en su Evidencia de cobertura de 2022.

* **Hay beneficios suplementarios opcionales disponibles por una prima adicional.** Para obtener más información sobre beneficios suplementarios opcionales, consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 2.6. Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina “Lista de medicamentos”. Hay una copia de nuestra Lista de medicamentos que se envía de forma electrónica. **Puede conseguir la Lista de medicamentos *completa*** si llama al Servicio de atención al cliente (consulte la contraportada) o visita nuestro sitio web www.EverythingEssence.com.

Hicimos cambios en nuestra Lista de medicamentos, por ejemplo cambios en medicamentos que cubrimos y cambios en restricciones que se aplican a nuestra cobertura de determinados medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que utiliza estén cubiertos el año próximo y vea si hay alguna restricción.**

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, usted puede:

- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Les recomendamos a los miembros actuales** solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])* o llame al Servicio de atención al cliente.
- **Hablar con su médico (o con otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica.

En ciertas situaciones, debemos cubrir un suministro provisional, por única vez, de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días de cobertura del año del plan o de cobertura para evitar cualquier brecha en la terapia. (Para saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). Durante el período que usted recibe un suministro temporal de un medicamento, deberá consultar con su médico para decidir qué va hacer cuando haya terminado el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento a uno diferente que esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las aprobaciones de excepción de formulario, por lo general, tienen validez durante 12 meses.

La mayoría de los cambios de la Lista de medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, puede que implementemos otros cambios que permite la regulación de Medicare.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, usted aún podrá trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y pedirnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. Además, continuaremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y proporcionaremos otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para saber más sobre los cambios que podemos implementar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6 de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en los costos de medicamentos con receta

Nota: Si usted participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre costos de medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Le hemos enviado un anexo por separado, llamado “Cláusula adicional de la Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para el pago de medicamentos con receta” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “cláusula adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este anexo antes del 30 de septiembre de 2021, llame al Servicio de atención al cliente y pida la “cláusula adicional LIS”.

Hay cuatro “etapas de pagos de los medicamentos”. El monto que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa de deducibles anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no alcanzan las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la etapa de cobertura catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. También puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa de deducibles

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 1: Etapa de deducibles anual</p>	<p>El deducible es \$250.</p> <p>Durante esta etapa, paga \$5.00 de costo compartido por los medicamentos de nivel 1, \$15.00 de costo compartido por los medicamentos de nivel 2, \$2.00 de costo compartido por los medicamentos de nivel 6 y el costo total de los medicamentos del nivel 3 al nivel 5 hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>

Cambios en su costo compartido en la Etapa de cobertura inicial

Para obtener información acerca de los copagos y coseguros, revise el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de gastos de su bolsillo que puede pagar por los medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$5 por receta.</p>	<p>Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$5 por receta.</p>

Etapa	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro de un mes (30 días) cuando surta su receta en una farmacia de la red que ofrece un costo compartido estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos de los medicamentos en su Lista de medicamentos. Para comprobar si sus medicamentos estarán en otro nivel, búselos en la Lista de medicamentos.</p>	<p>Medicamentos genéricos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$15 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$47 por receta.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel especializado: Gasto compartido estándar: Usted paga el 28% del costo total.</p> <p>Nivel de atención selecta**: Gasto compartido estándar: Usted paga \$2 por receta.</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,130, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>	<p>Medicamentos genéricos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$15 por receta. Usted paga \$15 por insulinas selectas*.</p> <p>Medicamentos de marca preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$47 por receta. Usted paga \$35 por insulinas selectas*.</p> <p>Medicamentos de marca no preferidos: Gasto compartido estándar: Usted paga \$100 por receta.</p> <p>Nivel especializado: Gasto compartido estándar: Usted paga el 33% del costo total.</p> <p>Nivel de atención selecta**: Gasto compartido estándar: Usted paga \$0 por receta.</p> <p>Una vez que sus costos totales por medicamentos hayan alcanzado los \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la Etapa del período sin cobertura).</p>

***Insulinas selectas:** Las insulinas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y que, por lo tanto, incurrirán en copagos bajos y constantes durante la fase del período sin cobertura.

Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas selectas en virtud del beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos con receta del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre insulinas selectas, incluida la información completa sobre el gasto compartido.

****Atención selecta:** Medicamentos genéricos del nivel 6.

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la etapa de cobertura catastrófica, son para personas con altos costos en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanza la Etapa del período sin cobertura ni la etapa de cobertura catastrófica.** Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, revise el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de cobertura*. Essence Advantage Gold ofrece cobertura adicional durante el período sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del período sin cobertura, los gastos de bolsillo para insulinas selectas serán de \$15 a \$35 por cada suministro para un mes, según el nivel de las insulinas selectas.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

En el año del plan 2022, habrá un cambio en el portal para miembros. En la tabla siguiente se describe ese cambio. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente (consulte la sección 7.1) para obtener más información.

Descripción	2021 (este año)	2022 (el año próximo)
Portal para miembros	<i>Member.stanfordhealthcareadvantage.org</i>	<i>EverythingEssence.com</i>

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1. Si desea permanecer en Essence Advantage Gold

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en nuestro plan Essence Advantage Gold.

Sección 4.2. Si quiere cambiar de plan

Esperamos tenerlo entre nuestros miembros el año próximo, pero si desea cambiar en 2022 siga estos pasos:

Paso 1: Conozca y compare las opciones que tiene

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente a tiempo,
- *O* puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si quiere afiliarse a un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 2.1 acerca de una posible multa por inscripción tardía a la Parte D.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022), llame al Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Usted puede encontrar información sobre los planes que hay en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí, puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, Essence Healthcare ofrece otros planes de salud de Medicare. Estos otros planes pueden variar en cuanto a la cobertura, las primas mensuales y los montos de gastos compartidos.

Paso 2: Cambiar su cobertura

- Para **cambiar a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Se cancelará automáticamente su inscripción en Essence Advantage Gold.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Se cancelará automáticamente su inscripción en Essence Advantage Gold.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comunicarse con el Servicio de atención al cliente si necesita más información para poder hacerlo (los números de teléfono están en la Sección 8.1 de este documento).
 - *O* puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 5 Plazo para cambiarse de plan

Si desea cambiarse a un plan diferente o a Medicare Original el próximo año, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2022.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permiten cambios en otras épocas del año. Por ejemplo, las personas que tienen Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio pueden realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2022 y no está a gusto con su elección, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin la cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.2 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

El Programa estatal de asistencia sobre el seguro médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En California, el Programa SHIP se llama “HICAP” que significa Programa de Asesoramiento y Defensa sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling & Advocacy Program).

HICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma **gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores de HICAP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Le podrán ayudar a comprender sus opciones dentro de los planes de Medicare y a responder las interrogantes relacionadas con el cambio de un plan a otro. Puede llamar a HICAP al 1-800-434-0222. Puede obtener más información sobre HICAP visitando el sitio web https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar medicamentos con receta

Puede calificar para recibir ayuda para pagar medicamentos con receta. A continuación, enumeramos los diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Las personas de ingresos limitados podrán tener derecho a recibir “Ayuda adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagarle hasta un 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales para los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Además, quienes califiquen para esta prestación no tendrán período sin cobertura ni serán pasibles de ser sancionados con multa por inscripción tardía. Muchas personas son elegibles y ni siquiera lo saben. Para ver 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;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 de 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a asegurarse de que las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Las personas deben 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 con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través de la Oficina de investigación del SIDA de California (California Office of AIDS). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con la Oficina de investigación del SIDA de California en el sitio web del Departamento de Salud Pública de California en <https://www.cdph.ca.gov>, o llame al 1-916-558-1784.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1. Recibir ayuda de Essence Advantage Gold

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame al Servicio de atención al cliente al 1-855-996-8422. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos a su disposición para recibir llamadas telefónicas siete días a la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje los fines de semana del 1 de abril al 30 de septiembre y los feriados. Deje su mensaje y le devolveremos la llamada al siguiente día hábil. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de cobertura* de 2022 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2022. Para obtener detalles, puede consultar la *Evidencia de cobertura* de 2022 para Essence Advantage Gold. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Se explican sus derechos y las normas que usted debe seguir para obtener servicios y medicamentos con receta cubiertos. Hay una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. También puede llamar al Servicio de atención al cliente para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestra página web

También puede visitar nuestro sitio web en www.EverythingEssence.com. Como recordatorio, nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores/farmacias) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 8.2. Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente 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.

Visite la página web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Tiene información sobre costos, cobertura y clasificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Usted puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022)

Puede leer el manual *Medicare & You 2022* (Medicare y Usted 2022). Este documento se envía todos los años en otoño a todas las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare y responde a las preguntas sobre Medicare formuladas con mayor frecuencia. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-855-996-8422 (TTY: 711) para obtener más información.

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

Número de teléfono gratuito: 1-855-996-8422

Los usuarios de TTY deben marcar: 711

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

www.EverythingEssence.com



P.O. Box 5904
Troy, MI 48007
www.EssenceHealthcare.com