



Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2022

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



Asistencia en los siguientes condados de California: Alameda, San Mateo y Santa Clara

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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

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

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

Secciones de este cuadernillo

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

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande de imprenta. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al 1-855-923-3102 (TTY: 711) para hablar con un representante de ventas.

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

Horario de atención

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

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

- Si tiene preguntas, llame al 1-855-923-3102 (TTY: 711) para hablar con un representante de ventas.
- Nuestro sitio web: www.EssenceHealthcare.com

¿Quién puede inscribirse?

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

¿Qué es una HMO?

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Essence Advantage Gold y **Essence Advantage Platinum** tienen una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios. Por lo general, se deben usar las farmacias de la red para surtir las recetas de los medicamentos de la Parte D cubiertos. Algunas de nuestras farmacias de la red tienen costos compartidos preferidos. Podría pagar menos si usa estas farmacias. Puede consultar el Directorio de proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web, www.EssenceHealthcare.com. O bien, llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores.

¿Qué cubrimos?

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

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

¿Qué medicamentos cubrimos?

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (lista de los medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web www.EssenceHealthcare.com.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

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

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

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Prima mensual del plan	\$39 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$89 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$59 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$89 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducibles	<u>Todos los planes</u> Estos planes no tienen un deducible.			
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo (no incluye los medicamentos con receta)	El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$5,500 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.	El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$4,500 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.	El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$5,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.	El monto máximo de gastos de bolsillo es el pago máximo que usted hace de su bolsillo durante el año calendario por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos dentro de la red. Sus límites anuales en este plan son los siguientes: • \$4,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, los servicios médicos y hospitalarios siguen teniendo cobertura, y nosotros pagamos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.

Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$275 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante Se requiere autorización previa.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$250 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante Se requiere autorización previa.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$315 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante Se requiere autorización previa.	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$300 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 7 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 8 en adelante Se requiere autorización previa.
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	Centro de cirugía ambulatoria: \$250 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$250 de copago Se podría requerir autorización previa.	Centro de cirugía ambulatoria: \$240 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$240 de copago Se podría requerir autorización previa.	Centro de cirugía ambulatoria: 20% de coseguro Hospital de atención ambulatoria: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	Centro de cirugía ambulatoria: \$240 de copago Hospital de atención ambulatoria: \$240 de copago Se podría requerir autorización previa.
Consultas al médico <i>(proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$5 de copago Consulta a un especialista: \$35 de copago Se requiere una derivación para consultas a un especialista.	Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$0 de copago Consulta a un especialista: \$20 de copago Se requiere una derivación para consultas a un especialista.	Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$5 de copago Consulta a un especialista: \$35 de copago Se requiere una derivación para consultas a un especialista.	Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$0 de copago Consulta a un especialista: \$30 de copago Se requiere una derivación para consultas a un especialista.
Atención preventiva	<p>Todos los planes No paga nada. Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal • Consulta anual de bienestar • Medición de la masa ósea • Prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) • Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) • Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares • Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina • Prueba de detección de cáncer colorrectal • Prueba de detección de depresión 			

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Atención preventiva <i>(continuación)</i>	<p>Todos los planes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de detección de diabetes • Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios para diabéticos • Programas educativos sobre salud y bienestar • Prueba de detección del VIH • Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B, la COVID-19 y antigripal) • Terapia de nutrición médica • Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) • Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol • Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) • Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas • Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) • Atención de la vista • Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez) <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual tendrán cobertura.</p>			
Atención de emergencia	<p>Todos los planes \$90 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, usted paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>			
Servicios de urgencia	<p>Todos los planes \$35 de copago dentro de los Estados Unidos \$90 de copago fuera de los Estados Unidos Brindamos cobertura internacional.</p>			

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes <i>(Los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se proporcione el servicio).</i>	Servicios de laboratorio: \$10 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$45 de copago Colonoscopías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones): \$210 de copago Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro Radiografías: \$45 de copago Se podría requerir autorización previa.	Servicios de laboratorio: \$10 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$25 de copago Colonoscopías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones): \$210 de copago Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro Radiografías: \$25 de copago Se podría requerir autorización previa.	Servicios de laboratorio: \$10 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$45 de copago Colonoscopías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones): \$210 de copago Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro Radiografías: \$45 de copago Se podría requerir autorización previa.	Servicios de laboratorio: \$10 de copago Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$25 de copago Colonoscopías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones): \$210 de copago Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro Radiografías: \$25 de copago Se podría requerir autorización previa.
Servicios auditivos	Todos los planes Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$0 de copago Se requiere una derivación para los servicios de audición cubiertos por Medicare.			
Servicios dentales	Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$35 de copago Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare y dichos servicios podrían requerir autorización previa.	Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$20 de copago Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare y dichos servicios podrían requerir autorización previa.	Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$35 de copago Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare y dichos servicios podrían requerir autorización previa.	Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$30 de copago Se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal para obtener servicios cubiertos por Medicare y dichos servicios podrían requerir autorización previa.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Servicios dentales <i>(continuación)</i>	Consulte la página 52 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.	Consulte la página 52 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.	Consulte la página 52 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.	Consulte la página 52 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.
Servicios de la vista	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$5-\$35 de copago	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$0-\$20 de copago	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$5-\$35 de copago	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$0-\$30 de copago
	Todos los planes Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: \$0 de copago Se requiere una derivación para los exámenes de los ojos cubiertos por Medicare. Lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago Marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago Consulte la página 52 para obtener información sobre cobertura suplementaria opcional de la vista que se puede adquirir por separado.			
Servicios de salud mental	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: \$30 de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$20 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: \$20 de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: \$30 de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$20 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado. • \$270 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6 • \$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante Consulta individual como paciente ambulatorio: \$20 de copago Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago Se podría requerir autorización previa.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Centro de enfermería especializada (SNF)	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 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.	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$100 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 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.	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 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.	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20 • \$100 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100 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	\$30 de copago Se requiere una derivación.	\$20 de copago Se requiere una derivación.	\$30 de copago Se requiere una derivación.	\$20 de copago Se requiere una derivación.
Ambulancia	\$210 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.	\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.	\$210 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.	\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se requiere una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.
Transporte	\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.	\$0 de copago Límite de 36 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.	\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.	\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Transporte <i>(continuación)</i>	Todos los planes Lugares aprobados y motivos de viaje: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado diurno de adultos • Evaluación de abuso de alcohol para comenzar un tratamiento • Rehabilitación por consumo de alcohol • Salud conductual • Rehabilitación cardíaca • Quimioterapia • Quiropráctico • Rehabilitación psiquiátrica comunitaria • Orientador, psicólogo, trabajador social • Programa de tratamiento diurno • Servicios dentales • Suministros y educación para diabéticos • Diálisis • Evaluación de abuso de drogas para comenzar un tratamiento • Rehabilitación por consumo de drogas • Programas de educación/divulgación • Sala de emergencias: desde • Centro pediátrico extendido • Centro de acondicionamiento físico • Hospital: alta • Hospital: servicios para pacientes hospitalizados/ ingreso • Hospital: servicios para pacientes ambulatorios • Vacunas • Servicios de laboratorio • Clases Lamaze (o clases similares de preparación para el parto) • Detección/análisis de plomo 			
			<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía • Nutrición • Servicios de obstetricia/ginecología • Terapia ocupacional • Oftalmólogo • Ópticos • Calzado ortopédico • Manejo del dolor • Farmacia • Examen físico • Fisioterapia • Podiatría • Servicios prenatales • Médico de atención primaria • Prótesis • Psiquiatra • Radioterapias • Servicios de radiología (es decir, rayos X) • Dejar de fumar • Especialista • Terapia del habla • Servicios de trasplante • Transporte de vuelta de un centro de atención de urgencia • Transporte de ida a un centro de atención de urgencia • Exámenes de detección de la vista/audición 	

Beneficios suplementarios opcionales

Paquete 1 de beneficios suplementarios opcionales (dentales [DHMO] y de la vista)	
Prima mensual del plan	\$20 adicionales por mes
Deducibles	Este plan no tiene un deducible.
Servicios dentales	<p>Servicios dentales preventivos: \$0 de copago</p> <p><u>Los servicios preventivos incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (2 por año calendario) • Limpieza de rutina (2 por año calendario) • Tratamiento con flúor (2 por año calendario) • Radiografías horizontales de aleta de mordida (1 serie, una vez cada 6 meses) • Serie completa intraoral de imágenes radiográficas (1 serie, una vez cada 2 años calendario) <p><u>Los servicios integrales incluyen (entre otros*):</u></p> <p>Servicios que no son de rutina (limpieza no de rutina, inspección de prótesis dentales extraíbles y bandeja y gel para blanqueamiento en el hogar): \$0-\$125 de copago</p> <p>Servicios de diagnóstico (imágenes radiográficas y visita de reevaluación posquirúrgica): \$0-\$5 de copago</p> <p>Servicios de restauración (empastes de amalgama y coronas de titanio): \$8-\$395 de copago</p> <p>Endodoncia (revestimiento pulpar y prótesis dentales mandibulares parciales): \$5-\$395 de copago</p> <p>Periodoncia (raspado por inflamación gingival grave y cirugía ósea): \$5-\$385 de copago</p> <p>Extracciones (extracción de un diente erupcionado y coronectomía): \$14-\$140 de copago</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios (ajuste de prótesis dentales totales o parciales y corona 3/4 cementada fundida con contenido alto de metales nobles): \$18-\$445 de copago</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa. Se aplican algunas limitaciones y exclusiones.</p>
Servicios de la vista	<p>1 examen de los ojos de rutina por año calendario: \$25 de copago</p> <p>Lentes de anteojos (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>\$150 de asignación por marcos de anteojos o lentes de contacto cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>Puede haber mejoras de categoría disponibles por un costo adicional.</p>

Paquete 2 de beneficios suplementarios opcionales (dentales [PPO] y de la vista)	
Prima mensual del plan	\$38 adicionales por mes
Deducible	Este plan no tiene un deducible.
Servicios dentales	<p>Servicios dentales preventivos (servicios de diagnóstico y preventivos): 0% de coseguro (proveedores preferidos) o 20% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p><u>Los servicios de diagnóstico y preventivos incluyen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (2 por año calendario) • Limpieza de rutina (2 por año calendario) • Tratamiento con flúor (2 por año calendario) • Radiografías horizontales de aleta de mordida (1 serie, una vez cada 6 meses) • Serie completa intraoral de imágenes radiográficas (1 serie, una vez cada 2 años calendario) <p>Servicios dentales preventivos (selladores): 40% de coseguro (proveedores preferidos) o 50% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p><u>Los servicios integrales incluyen (entre otros*):</u></p> <p>Servicios de diagnóstico (imágenes radiográficas y visita de reevaluación posquirúrgica): 0% de coseguro (proveedores preferidos) o 20% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Servicios de restauración (empastes de amalgama y coronas de titanio): 40-60% de coseguro (proveedores preferidos) o 50-60% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Endodoncia (revestimiento pulpar y prótesis dentales mandibulares parciales): 40% de coseguro (proveedores preferidos) o 50% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Periodoncia (raspado por inflamación gingival grave y cirugía ósea): 40% de coseguro (proveedores preferidos) o 50% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Extracciones (extracción de un diente erupcionado y coronectomía): 40% de coseguro (proveedores preferidos) o 50% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios (ajuste de prótesis dentales totales o parciales y corona 3/4 cementada fundida con contenido alto de metales nobles): 40%-60% de coseguro (proveedores preferidos) o 50%-60% de coseguro (proveedores no preferidos)</p> <p>Beneficio máximo por año para servicios preventivos e integrales: \$1,500</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más detalles y una lista completa. Se aplican algunas limitaciones y exclusiones.</p>
Servicios de la vista	<p>1 examen de los ojos de rutina por año calendario: \$25 de copago</p> <p>Lentes de anteojos (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>\$275 de asignación por marcos de anteojos o lentes de contacto cada 2 años calendario: \$25 de copago</p> <p>Puede haber mejoras de categoría disponibles por un costo adicional.</p>

Beneficios de medicamentos recetados

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo		
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Todos los planes Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B: 20% de coseguro Se requiere autorización previa.					
Deducible	Todos los planes Estos planes no tienen un deducible.					
Cobertura inicial	Todos los planes Usted paga los montos indicados en las siguientes tablas hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,430. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y su plan de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si obtiene sus medicamentos fuera de la red.					
Cobertura de medicamentos adicionales <i>(Programa de Ahorro en Insulina)</i>	Todos los planes Como miembro de Essence, tendrá copagos bajos y predecibles en insulinas seleccionadas a través de nuestro Programa de Ahorro en Insulina.† Los costos de insulinas seleccionadas permanecerán iguales durante las fases de cobertura inicial y del período sin cobertura de su beneficio de medicamentos recetados. El programa no se aplica durante la etapa de cobertura en casos de catástrofe. Tenga en cuenta que este programa no está disponible si recibe Ayuda Adicional del gobierno.					
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días
Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago
Insulinas seleccionadas†	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago

†Las insulinas seleccionadas son aquellas que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y, por lo tanto, incurren en copagos bajos constantes durante el período sin cobertura. Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas seleccionadas según el beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos recetados del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas seleccionadas, incluida información completa sobre costos compartidos.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara		Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara		Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo		Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo		
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días
Nivel 3 <i>(Medicamentos de marca preferida)</i>	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Insulinas seleccionadas†	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
Nivel 4 <i>(Medicamentos de marca no preferida)</i>	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 <i>(Medicamentos de especialidad)</i>	33% de coseguro	No se ofrece		33% de coseguro	No se ofrece				
Nivel 6 <i>(Medicamentos de atención seleccionada)**</i>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costos compartidos de pedidos por correo estándares	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días
Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	No se ofrece		\$10 de copago	No se ofrece		\$10 de copago			
Nivel 2 <i>(Medicamentos genéricos)</i>	No se ofrece		\$30 de copago	No se ofrece		\$30 de copago			
Insulinas seleccionadas†	No se ofrece		\$30 de copago	No se ofrece		\$30 de copago			
Nivel 3 <i>(Medicamentos de marca preferida)</i>	No se ofrece		\$94 de copago	No se ofrece		\$94 de copago			
Insulinas seleccionadas†	No se ofrece		\$94 de copago	No se ofrece		\$94 de copago			
Nivel 4 <i>(Medicamentos de marca no preferida)</i>	No se ofrece		\$200 de copago	No se ofrece		\$200 de copago			
Nivel 5 <i>(Medicamentos de especialidad)</i>	No se ofrece			No se ofrece					
Nivel 6 <i>(Medicamentos de atención seleccionada)**</i>	No se ofrece		\$0 de copago	No se ofrece		\$0 de copago			

**Los medicamentos de atención seleccionada son medicamentos genéricos del nivel 6.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo		
Brecha de cobertura	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también llamada “agujero de la dona”). Esto significa que se produce un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo anual total por medicamentos (incluido lo que su plan haya pagado y lo que usted haya pagado) llegue a \$4,430.</p> <p>Una vez que entra en el período sin cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de \$7,050, que es cuando finaliza el período sin cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.</p> <p>Durante el período sin cobertura, sus costos por medicamentos de nivel 1 y nivel 6 (que se muestran en la siguiente tabla) seguirán iguales que durante la fase de cobertura inicial de su beneficio de medicamentos recetados. Tendrá que usar el formulario para encontrar el nivel de su medicamento.</p> <p>Si usted es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina, sus costos compartidos de insulinas seleccionadas no aumentan durante el período sin cobertura.</p>					
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días
Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Nivel 6 <i>(Medicamentos de atención seleccionada)**</i>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Costos compartidos de pedidos por correo estándares	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días	suministro de hasta 30 días	suministro de hasta 60 días	suministro de hasta 90 días
Nivel 1 <i>(Medicamentos genéricos preferidos)</i>	No se ofrece		\$10 de copago	No se ofrece		\$10 de copago
Nivel 6 <i>(Medicamentos de atención seleccionada)**</i>	No se ofrece		\$0 de copago	No se ofrece		\$0 de copago
Cobertura en casos de catástrofe	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Una vez que los costos anuales de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$7,050, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> 5% de coseguro o \$3.95 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago por otros medicamentos (suministro por un mes) 					

**Los medicamentos de atención seleccionada son medicamentos genéricos del nivel 6. Es posible que los planes ofrezcan beneficios suplementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Atención quiropráctica	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>			
Suministros y servicios para la diabetes	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago</p> <p>Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): \$0 de copago</p> <p>Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott/Lifescan.</p> <p>Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: \$0 de copago</p> <p>Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina).</p> <p>*Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.</p>			
Equipo médico duradero <i>(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>			
Cuidado de los pies <i>(servicios de podología)</i>	\$35 de copago Se requiere una derivación.	\$20 de copago Se requiere una derivación.	\$35 de copago Se requiere una derivación.	\$30 de copago Se requiere una derivación.
Atención médica en el hogar	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>\$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación.</p>			
Cuidados paliativos	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Cuando se inscribe en un programa de servicios paliativos certificado por Medicare, los servicios paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal los paga Medicare Original y no Essence Healthcare.</p>			
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta individual: \$30 de copago Consulta grupal: \$20 de copago Se requiere autorización previa.	Consulta individual: \$20 de copago Consulta grupal: \$10 de copago Se requiere autorización previa.	Consulta individual: \$30 de copago Consulta grupal: \$20 de copago Se requiere autorización previa.	Consulta individual: \$20 de copago Consulta grupal: \$10 de copago Se requiere autorización previa.

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Cobertura de productos de venta libre (OTC)	No se ofrece	\$75 de crédito por trimestre para usar en productos de salud aprobados que se pueden pedir en línea, por teléfono o por correo. Se permiten hasta 2 pedidos por trimestre, y la asignación restante no se traslada de un trimestre a otro.	No se ofrece	\$50 de crédito por trimestre para usar en productos de salud aprobados que se pueden pedir en línea, por teléfono o por correo. Se permiten hasta 2 pedidos por trimestre, y la asignación restante no se traslada de un trimestre a otro.
Dispositivos protésicos	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Dispositivos protésicos: 20% de coseguro</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>			
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$30 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$25 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$20 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$30 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$30 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$25 de copago por día</p> <p>Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$20 de copago</p> <p>Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios de terapia ambulatoria el mismo día.</p> <p>Se requiere una derivación.</p>
Consultas virtuales/ de telesalud	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Consultas de telesalud con el médico de atención primaria: \$10 de copago</p> <p>Servicios prestados a través de la aplicación Teladoc® en su teléfono inteligente iPhone o Android, a través de Teladoc.com o llamando al número gratuito 1-800-Teladoc (1-800-835-2362)</p>			

	Essence Advantage Gold (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Platinum (HMO) Condado de Santa Clara	Essence Advantage Gold (HMO) Condados de Alameda y San Mateo	Essence Advantage Platinum (HMO) Condados de Alameda y San Mateo
Programas de bienestar	No se ofrece	Membresía a gimnasios/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit®: \$0 de copago	No se ofrece	Membresía a gimnasios/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit®: \$0 de copago
Acupuntura	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$35 de copago por visita	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$20 de copago por visita Servicios suplementarios, hasta 15 visitas por año calendario: \$10 de copago por visita	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$35 de copago por visita	Servicios cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$30 de copago por visita Servicios suplementarios, hasta 15 visitas por año calendario: \$10 de copago por visita
Beneficio de comidas	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización: \$0 de copago por hasta 28 días, máximo de 56 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario</p> <p>Afecciones crónicas, incluidas, entre otras, algunos trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes: \$0 de copago por hasta 14 días, máximo de 28 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario</p>			
Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Además de las 8 visitas cubiertas por Medicare Original, todos nuestros planes incluyen cobertura de hasta 8 visitas grupales adicionales sin costo para usted.</p>			
Línea de atención de enfermería	<p><u>Todos los planes</u></p> <p>Línea de atención de enfermería las 24 horas disponible sin costo adicional (1-844-546-8773, TTY: 711)</p>			

Índice

Acupuntura	59
Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco	59
Ambulancia	50
Centro de cirugía ambulatoria	46
Atención quiropráctica	57
Deducibles	45
Servicios dentales	48-49
Beneficios suplementarios opcionales	52-53
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes	48
Consultas al médico	46
Equipo médico duradero	57
Atención de emergencia	47
Cuidado de los pies	57
Servicios auditivos	48
Atención médica en el hogar	57
Cuidados paliativos.....	57
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado	46
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo	45
Beneficio de comidas	59
Servicios de salud mental	49
Prima mensual del plan	45
Línea de atención de enfermería	59
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio	46
Servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio.....	58
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.....	57
Cobertura de productos de venta libre	58
Fisioterapia	50
Medicamentos recetados	54-56
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	54
Deducible.....	54
Cobertura inicial.....	54
Cobertura de medicamentos adicionales (Programa de Ahorro en Insulina)	54
Brecha de cobertura	56
Cobertura en casos de catástrofe	56
Atención preventiva	46-47
Dispositivos protésicos	58
Centro de enfermería especializada (SNF)	50
Transporte	50-51
Servicios de urgencia	47
Consultas virtuales/de telesalud	58
Servicios de la vista	49
Beneficios suplementarios opcionales	52-53
Programas de bienestar	59

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 hablar con un representante de ventas llamando al 1-855-923-3102 (TTY: 711).

Explicación de los beneficios

- Revise la lista completa de beneficios que se encuentra en la Evidencia de cobertura (EOC), especialmente para los servicios por los que consulte a un médico de rutina. Visite www.EssenceHealthcare.com o llame al 1-855-923-3102 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias (o hable con su médico) para asegurarse de que los médicos que usted consulta actualmente se encuentren dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente deberá elegir un médico nuevo.
- Revise el directorio de proveedores/farmacias para asegurarse de que la farmacia que use para medicamentos recetados esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente deberá elegir una farmacia nueva para sus recetas.

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 o los copagos/coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2023.
- Salvo en casos de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios prestados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).

Essence Healthcare es un plan HMO con un contrato 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 los condados de Alameda, San Mateo o Santa Clara de California.

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

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

Número de teléfono gratuito: 1-844-205-8422

Los usuarios de TTY deben llamar al: 711

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

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



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