



# Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

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



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

# Resumen de beneficios

**1 de enero de 2023 – 31 de diciembre de 2023**

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

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

## Secciones de este cuadernillo

- Cosas que debe saber sobre **Essence Advantage 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 1-844-205-8422 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.

# 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.

## Número de teléfono y sitio web de Essence Advantage Gold/Essence Advantage Platinum

- Si tiene preguntas, llame al 1-844-205-8422 (TTY: 711) para hablar con un representante de servicio al cliente.
- Nuestro sitio web: 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: 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. Puede ver el Directorio de proveedores de nuestro plan en EssenceHealthcare.com o llámenos y le enviaremos una copia.

## ¿Qué cubrimos?

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

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

## ¿Qué medicamentos cubrimos?

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en EssenceHealthcare.com o llámenos y le enviaremos una copia.

## ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de 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, período sin 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)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Prima mensual del plan</b>	\$57 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	\$87 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
<b>Deducibles</b>	<b>Ambos planes</b> Estos planes no tienen un deducible.	
<b>Responsabilidad máxima de su bolsillo</b> <i>(no incluye medicamentos recetados de la Parte D)</i>	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$5,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red</li> </ul> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$4,900 por los servicios médicos y hospitalarios cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red</li> </ul> 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 hospitalarios cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado</b>	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.
<b>Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio</b>	20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	\$240 de copago Se podría requerir autorización previa.
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	\$240 de copago Se podría requerir autorización previa.

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Consultas al médico</b> <i>(proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	<p>Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$5 de copago</p> <p>Consulta a un especialista: \$35 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultas a un especialista.</p> <p>Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$0 de copago</p> <p>Consulta a un especialista: \$30 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para consultas a un especialista.</p> <p>Ciertos servicios cubiertos por Medicare prestados por un médico pueden requerir autorización previa.</p>
<b>Atención preventiva</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>No paga nada.</p> <p>Nuestros planes cubren muchos servicios preventivos, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Consulta preventiva anual</li> <li>• Medición de masa ósea</li> <li>• Examen de detección de cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</li> <li>• Pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares</li> <li>• Examen de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de depresión</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios para diabéticos</li> <li>• Programas educativos sobre salud y bienestar</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B, la COVID-19 y antigripal)</li> <li>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Examen de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua</li> <li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Prueba de detección y asesoramiento para reducir el consumo inadecuado de alcohol</li> <li>• Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</li> <li>• Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</li> <li>• Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</li> <li>• Atención de la vista</li> <li>• Consulta preventiva “Bienvenido a Medicare” (única vez)</li> </ul> <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año contractual estarán cubiertos.</p>	

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Atención de emergencia</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>\$110 de copago</p> <p>Si lo ingresan en el mismo hospital dentro de las 24 horas por la misma afección, paga \$0 por la consulta en la sala de emergencias. Consulte la sección “Atención en un hospital como paciente hospitalizado” de este cuadernillo para ver otros costos.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	
<b>Servicios de urgencia</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>\$35 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$110 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	
<b>Servicios de diagnóstico/ análisis de laboratorio/ diagnóstico por imágenes</b> <i>(Los costos de estos servicios podrían variar en función del lugar donde se proporcione el servicio).</i>	<p>Servicios de laboratorio: \$10 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$45 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$210 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Radiografías: \$45 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Servicios de laboratorio: \$10 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: \$25 de copago</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): \$210 de copago</p> <p>Mamografías de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 20% de coseguro</p> <p>Radiografías: \$25 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>
<b>Servicios auditivos</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p>	
<b>Servicios dentales</b>	<p>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$35 de copago</p> <p>Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.</p>	<p>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$30 de copago</p> <p>Sí se requiere una derivación para consultar a un cirujano bucal a fin de obtener servicios cubiertos por Medicare, y dichos servicios pueden requerir autorización previa.</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura dental suplementaria opcional que se puede adquirir por separado.</p>

<b>Servicios de la vista</b>	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por examen de la vista cubierto por Medicare: \$35 de copago Exámenes de la vista cubiertos por Medicare realizados por un médico de atención primaria: \$5 de copago	Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por examen de la vista cubierto por Medicare: \$30 de copago Exámenes de la vista cubiertos por Medicare realizados por un médico de atención primaria: \$0 de copago
	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes de los ojos cubiertos por Medicare.</p> <p>1 par de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Consulte la página 75 para obtener información sobre cobertura suplementaria opcional de la vista que se puede adquirir por separado.</p>	
<b>Servicios de salud mental</b>	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.
	<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b></p> <p>El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20</li> <li>• \$150 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100</li> </ul> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>El ingreso a un nuevo centro SNF o a otro SNF dentro del mismo período de beneficios podría ser el comienzo de una nueva estadía a los efectos de la administración del copago.</p>	
<b>Fisioterapia</b>	\$30 de copago Se requiere una derivación.	\$20 de copago Se requiere una derivación.
<b>Ambulancia</b>	\$210 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.	\$200 de copago Este copago se aplica a cada viaje de ida. Se podría requerir una autorización previa para traslado en ambulancia que no sea de emergencia.

**Essence Advantage Gold (HMO)**

**Essence Advantage Platinum (HMO)**

<b>Traslado</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>\$0 de copago</p> <p>Límite de 24 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año.</p>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 20% de coseguro</p> <p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Los importes que pague por los medicamentos de la Parte B cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo; no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo real de bolsillo de \$7,400.</p>

**Beneficios suplementarios opcionales**

Los miembros de Essence Advantage Gold y Platinum pueden adquirir una cobertura suplementaria opcional dental y de la vista por una prima adicional.

**Paquete de OSB (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista)**

<b>Prima mensual del plan</b>	\$20 adicionales por mes
<b>Deducibles</b>	Este plan no tiene un deducible.
<b>Servicios dentales</b>	<p><b>Servicios dentales preventivos:</b> \$0 de copago</p> <p><b>Los servicios preventivos incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación bucal periódica (2 por año calendario)</li> <li>• Limpieza de rutina (2 por año calendario)</li> <li>• Tratamiento con flúor (2 por año calendario)</li> <li>• Radiografías panorámicas de mordida horizontales (1 serie, una vez cada 6 meses)</li> <li>• Serie completa intrabucal de imágenes radiográficas (1 serie, una vez cada 2 años calendario)</li> </ul> <p><b>Los servicios integrales incluyen (entre otros*):</b></p> <p><b>Servicios que no son de rutina</b> (limpieza no de rutina, inspección de prótesis dentales extraíbles y bandeja y gel para blanqueamiento en el hogar): \$0-\$125 de copago</p> <p><b>Servicios de diagnóstico</b> (imágenes radiográficas y visita de reevaluación posquirúrgica): \$0-\$5 de copago</p>

Paquete de OSB (servicios odontológicos (DHMO) y atención de la vista)	
<b>Servicios dentales</b> (continuación)	<p><b>Servicios de restauración</b> (empastes de amalgama y coronas de titanio): \$8–\$395 de copago</p> <p><b>Endodoncia</b> (revestimiento pulpar y prótesis dentales mandibulares parciales): \$5–\$395 de copago</p> <p><b>Periodoncia</b> (raspado por inflamación gingival grave y cirugía ósea): \$5–\$385 de copago</p> <p><b>Extracciones</b> (extracción de un diente erupcionado y coronectomía): \$14–\$140 de copago</p> <p><b>Prostodoncia, otra cirugía bucal/maxilofacial y otros servicios</b> (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>
<b>Servicios de la vista</b>	<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>

### Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Deducible</b>	<b>Ambos planes</b> Estos planes no tienen un deducible.	
<b>Cobertura inicial</b>	<b>Ambos planes</b> Usted paga los montos indicados en las siguientes tablas hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,660. En el caso de las insulinas, no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan para todos los niveles de costo compartido. Los costos anuales totales por medicamentos son los costos totales por medicamentos que pagan usted y su plan de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, usted paga lo mismo que en una farmacia minorista estándar. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red al mismo costo que en una farmacia minorista estándar. La cobertura está limitada a determinadas situaciones si obtiene sus medicamentos fuera de la red.	
<b>Cobertura de insulina</b>	<b>Ambos planes</b> No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, la fase de cobertura, de que reciba Ayuda adicional o de que el producto de insulina se considere Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan.*	

	Essence Advantage Gold (HMO)		Essence Advantage Platinum (HMO)
	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
<b>Costos compartidos para farmacias minoristas estándares</b>			
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos)	\$15 de copago	\$30 de copago	\$45 de copago
	Insulinas selectas*	\$30 de copago	\$45 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
	Insulinas selectas*	\$70 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
<b>Nivel 5</b> (Medicamentos de especialidad)	33% de coseguro	No se ofrece	
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención seleccionada)**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Costos compartidos de pedidos por correo estándares</b>			
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece		\$10 de copago
<b>Nivel 2</b> (Medicamentos genéricos)	No se ofrece		\$30 de copago
	Insulinas selectas*		\$30 de copago
<b>Nivel 3</b> (Medicamentos de marca preferida)	No se ofrece		\$94 de copago
	Insulinas selectas*		\$94 de copago
<b>Nivel 4</b> (Medicamentos de marca no preferida)	No se ofrece		\$200 de copago
<b>Nivel 5</b> (Medicamentos de especialidad)	No se ofrece		
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención seleccionada)**	No se ofrece		\$0 de copago

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)	
<b>Brecha de cobertura</b>	<p><b>Ambos planes</b></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 \$4,660.</p> <p>Una vez que entra en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por medicamentos de marca cubiertos y el 25% del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos, hasta que los costos que paga de su bolsillo lleguen a un total de \$7,400, que es cuando finaliza la brecha de cobertura. No todos ingresan en la brecha de cobertura.</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><b>Importante:</b> No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si la insulina no se considera Insulina selecta en el Formulario de medicamentos con receta del plan o si no es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina. Si usted es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina, sus costos compartidos de Insulinas selectas no aumentan durante el período sin cobertura.</p>		
<b>Costos compartidos para farmacias minoristas estándares</b>	<b>Suministro por 30 días</b>	<b>Suministro por 60 días</b>	<b>Suministro por 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención seleccionada)**	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Costos compartidos de pedidos por correo estándares</b>	<b>Suministro por 30 días</b>	<b>Suministro por 60 días</b>	<b>Suministro por 90 días</b>
<b>Nivel 1</b> (Medicamentos genéricos preferidos)	No se ofrece		\$10 de copago
<b>Nivel 6</b> (Medicamentos de atención seleccionada)**	No se ofrece		\$0 de copago
<b>Fase de cobertura en casos de</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Una vez que los costos anuales de su propio bolsillo por medicamentos llegan a \$7,400, usted paga el monto que sea mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5% de coseguro o</li> <li>• \$4.15 de copago por medicamentos genéricos (incluidos medicamentos de marca tratados como genéricos) o \$10.35 de copago por otros medicamentos (suministro por un mes)</li> </ul> <p><b>Importante:</b> No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan para todos los niveles de costo compartido.</p>		

\*Las Insulinas selectas son las que forman parte del Programa de Ahorro en Insulina y tienen copagos bajos y constantes a lo largo del período sin cobertura. Las insulinas administradas a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero no están incluidas en el programa. Para obtener información sobre qué insulinas son insulinas selectas en virtud del beneficio del plan, consulte el Formulario de medicamentos con receta del plan. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener más información sobre las insulinas selectas, incluida información completa sobre costos compartidos. El programa no se aplica durante la etapa de cobertura en casos de catástrofe o si recibe Ayuda adicional.

\*\*Los medicamentos de atención seleccionada son todos los medicamentos del nivel 6 y se usan para el tratamiento de la diabetes, el colesterol alto y la presión arterial alta.

Los costos compartidos podrían cambiar según la farmacia que elija.

## Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Acupuntura</b>	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  Los servicios suplementarios deben recibirse a través de un proveedor contratado.
<b>Atención médica en el hogar</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>\$0 de copago Se requiere una derivación.</p>	
<b>Atención quiropráctica</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago Se requiere una derivación.</p>	
<b>Beneficio de comidas</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p><b>Inmediatamente después de una cirugía u hospitalización:</b> \$0 de copago por hasta 28 días, máximo de 56 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario</p> <p><b>Si tiene una afección crónica, incluyendo, entre otras, algunos trastornos cardiovasculares, EPOC o diabetes:</b> \$0 de copago por hasta 14 días, máximo de 28 comidas por año calendario Límite de 1 vez por año calendario</p>	
<b>Cobertura de productos de venta libre (OTC)</b>	No se ofrece	Crédito de \$50 por trimestre, suministrado en forma de tarjeta de débito (Tarjeta de beneficios flexibles), proporcionada por WEX, para utilizar en productos de venta libre relacionados con la salud.  Para obtener más información, consulte la sección Tarjeta de beneficios flexibles en la página 80.

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Consultas virtuales/de telesalud</b>	\$5-\$35 de copago Pagará el mismo copago por la consulta virtual/de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor. Se podría requerir una derivación o autorización.	\$0-\$30 de copago Pagará el mismo copago por la consulta virtual/de telesalud que pagaría si los servicios se recibieran en el consultorio del proveedor. Se podría requerir una derivación o autorización.
	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Consultas de telesalud con el médico de atención primaria (a través de Teladoc®): \$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>	
<b>Cuidado de los pies</b> <i>(servicios de podiatría)</i>	\$35 de copago Se requiere una derivación.	\$30 de copago Se requiere una derivación.
<b>Cuidados paliativos</b>	<p><b>Ambos planes</b></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>	
<b>Dispositivos protésicos</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Dispositivos protésicos: 20% de coseguro</p> <p>Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	
<b>Equipo médico duradero</b> <i>(sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</i>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>20% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	
<b>Línea telefónica de enfermeras</b>	<p><b>Ambos planes</b></p> <p>Línea de atención de enfermería las 24 horas disponible sin costo adicional (1- 844- 546- 8773, TTY: 711)</p>	
<b>Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco</b>	<p><b>Ambos planes</b></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>	

	Essence Advantage Gold (HMO)	Essence Advantage Platinum (HMO)
<b>Programas de bienestar</b>	No se ofrece	Membresía a gimnasios/clases de acondicionamiento físico a través de Silver&Fit®: \$0 de copago
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b>	<p><b>Ambos planes</b></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.</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>	
<b>Tarjeta de beneficios flexibles</b>	No se ofrece	<p>Crédito de \$50 por trimestre, suministrado en forma de tarjeta de débito, proporcionada por WEX, para utilizar en productos de venta libre relacionados con la salud.</p> <p>El saldo pendiente no se traslada de un trimestre al otro y vence al final del año calendario.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.</p>
<b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b>	<p>Servicios de rehabilitación cardíaca: \$20 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: \$20 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>
<b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b>	<p>Consulta individual: \$30 de copago</p> <p>Consulta grupal: \$20 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta individual: \$20 de copago</p> <p>Consulta grupal: \$10 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>



## Indice

Acupuntura.....	13
Ambulancia.....	8
Atención de emergencia.....	7
Atención médica en el hogar.....	13
Atención preventiva.....	6
Atención quiropráctica.....	13
Beneficio de comidas.....	13
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.....	10
Deducible.....	10
Cobertura inicial.....	10
Cobertura de insulina.....	10
Brecha de cobertura.....	12
Fase de cobertura en casos de.....	12
Beneficios suplementarios opcionales.....	9
Centro de cirugía ambulatoria (ASC).....	5
Centro de enfermería especializada (SNF).....	8
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio.....	5
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado.....	5
Cobertura de productos de venta libre (OTC).....	13
Consultas al médico.....	6
Consultas virtuales/de telesalud.....	14
Cuidado de los pies.....	14
Cuidados paliativos.....	14
Deducibles.....	5
Dispositivos protésicos.....	14
Equipo médico duradero.....	14
Fisioterapia.....	8
Línea telefónica de enfermeras.....	14
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	9
Orientación adicional para dejar de fumar y consumir tabaco.....	14
Prima mensual del plan.....	5
Programas de bienestar.....	15
Responsabilidad máxima de su bolsillo.....	5
Servicios ambulatorios de rehabilitación.....	15
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.....	15
Servicios auditivos.....	7
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes.....	7
Servicios de la vista.....	8
Servicios dentales.....	7
Servicios de salud mental.....	8
Servicios de urgencia.....	7
Suministros y servicios para la diabetes.....	15
Tarjeta de beneficios flexibles.....	15
Traslado.....	9

## Lista de verificación previa a la inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que entienda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de atención al cliente 1-844-205-8422 (TTY: 711).

### Explicación de los beneficios

- La Evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [EssenceHealthcare.com](http://EssenceHealthcare.com) o llame al 1-844-205-8422 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos con los que se atiende ahora estén dentro de la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente deberá elegir un médico nuevo.
- Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia que use para medicamentos recetados esté dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente deberá elegir una farmacia nueva para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta todos los meses de su cheque del Seguro Social.
- Los beneficios, las primas y los copagos o el coseguro podrían modificarse el 1 de enero de 2024.
- 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 incluye planes de HMO, HMO-POS y PPO que tienen contratos con Medicare. Essence Healthcare también incluye un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y el programa estatal Medicaid. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Todos los planes de Essence incluyen cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse, debe tener Medicare Partes A y B y residir en el área de servicio del plan.

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

Los 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.

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

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

**Número de teléfono gratuito: 1-844-205-8422 (TTY: 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](http://www.EssenceHealthcare.com)**

No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.