



# Resumen de beneficios

MEDICARE ADVANTAGE | 2023

ESSENCE ADVANTAGE (HMO-POS)



Al servicio de los condados de Georgia de Banks, Barrow, Dawson,  
Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White

# 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 y 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 (HMO-POS)** cubre y lo que usted paga.

- Si quiere 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 [www.medicare.gov](http://www.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**
- Prima mensual, deducibles y límites con respecto a cuánto paga usted por los servicios cubiertos
- Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos
- Beneficios de medicamentos recetados
- Otros beneficios cubiertos

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande de imprenta. Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener información adicional, llame al 1-855-944-0095 (TTY: 711) para hablar con un representante de atención al cliente.

# Cosas que debe saber sobre Essence Advantage

## 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 y sitio web de Essence Advantage

- Si tiene preguntas, llame al 1-855-944-0095 (TTY: 711) para hablar con un representante de atención al cliente.
- Nuestro sitio web: EssenceHealthcare.com

## ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en **Essence Advantage**, 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 Georgia: Banks, Barrow, Dawson, Habersham, Hall, Jackson, Lumpkin, Rabun, Stephens y White.

## Qué es un HMO-POS

Un HMO-POS es un plan Medicare Advantage que es una organización de mantenimiento de la salud (HMO) con una red más flexible, que le permite recibir atención fuera de la red tradicional de HMO en ciertas situaciones o para ciertos tratamientos. Usted posiblemente deba pagar una tarifa adicional por utilizar la opción POS (fuera de la red).

## ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

**Essence Advantage** cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recurre a proveedores que no pertenecen a nuestra red, estos deben aceptar atenderlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores fuera de la red pueden negarse a atenderlo. 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 llamarnos, 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 puede llamarnos y le enviaremos una copia.

## ¿Cómo determino los costos de mis medicamentos?

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

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

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 por mes Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.	
<b>Deducibles</b>	Este plan no tiene un deducible.	
<b>Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo</b> <i>(no incluye cobertura para medicamentos con receta de la Parte D)</i>	<p>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.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <p>\$6,350 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro de la red</p> <p>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.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>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 combinados dentro y fuera de la red.</p> <p>Sus límites anuales en este plan son los siguientes:</p> <p>\$10,000 por los servicios médicos y de hospital cubiertos que reciba de proveedores dentro y fuera de la red</p> <p>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.</p> <p>Tenga en cuenta que igualmente deberá pagar las primas mensuales y los costos compartidos de sus medicamentos recetados de la Parte D.</p>

# Beneficios médicos y de hospital cubiertos

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado</b>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$295 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio</b>	\$285 de copago por cirugía para la cirugía hospitalaria ambulatoria 20% de coseguro por otros servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro por todos los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare  Se podría requerir autorización previa.
<b>Centro de cirugía ambulatoria (ASC)</b>	\$245 de copago Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro Se podría requerir autorización previa.
<b>Consultas al médico</b> <i>(proveedores de atención primaria y especialistas)</i>	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. Ciertos servicios médicos cubiertos por Medicare pueden requerir autorización previa.	Consulta al médico de atención primaria (PCP): \$15 de copago Consulta a un especialista: \$40 de copago Se requiere una derivación para consultas a un especialista. Ciertos servicios médicos cubiertos por Medicare pueden requerir autorización previa.
<b>Atención preventiva</b>	<p>No paga nada.</p> <p>Nuestro plan cubre 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>• Terapia de nutrición médica</li> <li>• Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>• Vacunas (contra la neumonía, la hepatitis B, la COVID-19 y antigripal)</li> </ul>	

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Atención preventiva</b> <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	
<b>Atención de emergencia</b>	<p>\$95 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>Los servicios de emergencia se consideran siempre dentro de la red.</p> <p>Brindamos cobertura internacional.</p>	
<b>Servicios de urgencia</b>	<p>\$30 de copago dentro de los Estados Unidos</p> <p>\$95 de copago fuera de los Estados Unidos</p> <p>Los servicios de urgencia se consideran siempre dentro de la red.</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: \$5 de copago</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 20% de coseguro</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: \$0 de copago</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): 20% de coseguro</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: \$20 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Servicios de laboratorio: 35% de coseguro</p> <p>Procedimientos y pruebas de diagnóstico: 35% de coseguro</p> <p>Colonoscopias de diagnóstico: 35% de coseguro</p> <p>Servicios de radiología de diagnóstico (como RM, TC y TEP): 35% de coseguro</p> <p>Mamografías de diagnóstico: 35% de coseguro</p> <p>Servicios de radiología terapéutica (como radioterapia contra el cáncer): 35% de coseguro</p> <p>Radiografías: 35% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Servicios auditivos</b>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: \$20 de copago</p> <p>Examen de audición de rutina: \$20 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios de audición y audífonos, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>	<p>Examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas auditivos y del equilibrio: 35% de coseguro</p> <p>Examen de audición de rutina: \$20 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los servicios de audición cubiertos por Medicare.</p> <p>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios de audición y audífonos, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>
<b>Servicios dentales</b>	<p>Servicios dentales preventivos: \$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>• Examen bucal integral (1 cada 3 años calendario)</li> <li>• Limpieza de rutina (2 por año calendario)</li> <li>• Tratamiento con flúor (1 por año calendario)</li> <li>• Radiografías de mordida horizontales (hasta 4 imágenes, una vez por año calendario)</li> </ul> <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>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>	<p>Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare: \$40 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>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios y productos dentales, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Servicios de la vista</b>	<p>Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$30 de copago</p> <p>Exámenes de los ojos para diabéticos realizados por un especialista contratado: \$0 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes de los ojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Un par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: \$0 de copago</p> <p>Un examen de los ojos de rutina por año calendario: \$0 de copago</p> <p>Las refracciones y dilataciones oculares están cubiertas durante un examen de rutina realizado por un proveedor contratado de servicios visuales de rutina.</p> <p>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios y productos para la visión, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>	<p>Cada consulta a un especialista, por ejemplo, un oftalmólogo o un optometrista, por beneficios cubiertos por Medicare: \$40 de copago</p> <p>Exámenes de los ojos para diabéticos: \$40 de copago</p> <p>Se requiere una derivación para los exámenes de los ojos cubiertos por Medicare.</p> <p>Un par de lentes de anteojos cubiertos por Medicare (lentes monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares de plástico estándares) después de cada cirugía de cataratas: 35% de coseguro</p> <p>Un par de marcos de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare (o dos paquetes de seis) después de cada cirugía de cataratas: 35% de coseguro</p> <p>Para conocer los detalles de la <b>asignación compartida adicional</b> que puede utilizarse en servicios y productos para la visión, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.</p>
<b>Servicios de salud mental</b>	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>\$295 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 6</p> <p>\$0 de copago por día, por hospitalización: día 7 en adelante</p> <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: \$15 de copago</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: \$10 de copago</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>	<p>Consulta como paciente hospitalizado: Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención en un hospital como paciente hospitalizado.</p> <p>35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante</p> <p>Consulta individual como paciente ambulatorio: 35% de coseguro</p> <p>Consulta grupal como paciente ambulatorio: 35% de coseguro</p> <p>Se podría requerir autorización previa.</p>

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago por día, por hospitalización: días 1 a 20</li> <li>• \$188 de copago por día, por hospitalización: días 21 a 100</li> </ul> Se requiere autorización previa. 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.	El plan cubre hasta 100 días cada período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. 35% de coseguro por día, por hospitalización: día 1 en adelante  Se requiere autorización previa.
<b>Fisioterapia</b>	\$30 de copago Se requiere una derivación.	35% de coseguro Se requiere una derivación.
<b>Ambulancia</b>	\$280 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. Se considera siempre dentro de la red.	
<b>Transporte</b>	\$0 de copago Límite de 24 viajes de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan por año.	
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 20% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa. Los importes que paga por los medicamentos de la Parte B cuentan para el importe máximo que paga de su bolsillo, pero no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo real de su bolsillo de \$7,400.	Para los medicamentos de la Parte B, como quimioterapéuticos: 35% de coseguro Otros medicamentos de la Parte B, incluida la insulina administrada a través de una bomba de insulina de equipo médico duradero: 35% de coseguro Se podría requerir autorización previa. Los importes que paga por los medicamentos de la Parte B cuentan para el importe máximo que paga de su bolsillo, pero no cuentan para el límite de cobertura inicial de la Parte D ni para el costo real de su bolsillo de \$7,400.

## Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D

	Essence Advantage (HMO-POS)		
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene un deducible.		
<b>Cobertura inicial</b>	Usted paga los montos indicados en las siguientes tablas hasta que sus costos anuales totales por medicamentos lleguen a \$4,660. Para 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 la insulina</b>	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que se encuentre, de 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.*		
<b>Costos compartidos para farmacias minoristas preferidas</b>	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
Insulinas selectas*	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	\$42 de copago	\$84 de copago	\$126 de copago
Insulinas selectas*	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Marca no preferida)	\$95 de copago	\$190 de copago	\$285 de copago
<b>Nivel 5</b> (Medicamento especializado)	33% de coseguro	No se ofrece	

\*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. 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 seleccionadas, incluida información completa sobre costos compartidos. El programa no se aplica durante la etapa de cobertura catastrófica o si recibe la Ayuda Adicional.

Essence Advantage (HMO-POS)			
Costos compartidos para farmacias minoristas estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	\$5 de copago	\$10 de copago	\$15 de copago
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	\$10 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago
Insulinas selectas*	\$10 de copago	\$20 de copago	\$30 de copago
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Insulinas selectas*	\$35 de copago	\$70 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
<b>Nivel 5</b> (Medicamento especializado)	33% de coseguro	No se ofrece	
Costos compartidos de pedidos por correo estándares	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	No se ofrece		\$0 de copago
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	No se ofrece		\$12.50 de copago
Insulinas selectas*	No se ofrece		\$12.50 de copago
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	No se ofrece		\$105 de copago
Insulinas selectas*	No se ofrece		\$105 de copago
<b>Nivel 4</b> (Marca no preferida)	No se ofrece		\$237.50 de copago
<b>Nivel 5</b> (Medicamento especializado)	33% de coseguro	No se ofrece	

Essence Advantage (HMO-POS)			
Costos compartidos fuera de la red	Suministro por 30 días	Suministro por 60 días	Suministro por 90 días
<b>Nivel 1</b> (Genéricos preferidos)	\$5 de copago	No se ofrece	
<b>Nivel 2</b> (Genéricos)	\$10 de copago	No se ofrece	
Insulinas selectas*	\$10 de copago	No se ofrece	
<b>Nivel 3</b> (Marca preferida)	\$47 de copago	No se ofrece	
Insulinas selectas*	\$35 de copago	No se ofrece	
<b>Nivel 4</b> (Marca no preferida)	\$100 de copago	No se ofrece	
<b>Nivel 5</b> (Medicamento especializado)	33% de coseguro	No se ofrece	
<b>Brecha de cobertura</b>	<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><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 el producto de insulina no se considera una insulina selecta en el formulario de medicamentos recetados del plan o si no es elegible para el Programa de Ahorro en Insulina.</p> <p>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>Fase de cobertura en casos de</b>	<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>		

Los costos compartidos pueden cambiar en función de la farmacia que elija.

## Otros beneficios cubiertos

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Acupuntura</b>	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 cubiertos por Medicare (dolor crónico en la parte baja de la espalda), hasta 20 visitas por año calendario: \$40 de copago por visita
<b>Atención médica en el hogar</b>	\$0 de copago Se requiere una derivación.	35% de coseguro Se requiere una derivación.
<b>Atención quiropráctica</b>	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: \$20 de copago Se requiere una derivación.	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación: 35% de coseguro Se requiere una derivación.
<b>Cobertura de productos de venta libre (OTC)</b>	\$375 de crédito compartido por trimestre, suministrado en una tarjeta de débito (Tarjeta de Beneficios Flexibles) proporcionada por WEX, para utilizar en productos de venta libre relacionados con la salud El crédito puede compartirse entre los artículos de venta libre y los servicios dentales, visuales y auditivos. Para obtener más información, consulte la sección Tarjeta de Beneficios Flexibles en la página 46.	
<b>Consultas virtuales/de telesalud</b>	\$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 previa.	\$15-\$40 de copago o coseguro del 35% Pagará el mismo copago/coseguro 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 previa.
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	\$30 de copago Se requiere una derivación.	\$40 de copago Se requiere una derivación.
<b>Cuidados paliativos</b>	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.	
<b>Dispositivos protésicos</b>	Dispositivos protésicos: 20% de coseguro Suministros médicos relacionados: 20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	Dispositivos protésicos: 35% de coseguro Suministros médicos relacionados: 35% de coseguro Se podría requerir autorización previa.
<b>Equipo médico duradero</b> (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	20% de coseguro Se podría requerir autorización previa.	35% de coseguro Se podría requerir autorización previa.

	Essence Advantage (HMO-POS) Dentro de la red	Essence Advantage (HMO-POS) Fuera de la red
<b>Programas de bienestar</b>	Membresía en gimnasios/clases de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers® sin costo adicional	
<b>Servicios ambulatorios de rehabilitación</b>	Servicios de rehabilitación cardíaca: \$20 de copago por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: \$30 de copago Se aplicará un copago por separado por terapia ocupacional si se le brindan otros servicios ambulatorios de terapia el mismo día. Se requiere una derivación.	Servicios de rehabilitación cardíaca: 35% de coseguro por día Consultas por terapia ocupacional, del habla y del lenguaje: 35% de coseguro  Se requiere una derivación.
<b>Servicios ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Consulta individual: \$15 de copago Consulta grupal: \$10 de copago Se podría requerir autorización previa.	Consulta individual: 35% de coseguro Consulta grupal: 35% de coseguro Se podría requerir autorización previa.
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b>	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): \$0 de copago Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: 20% de coseguro Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.	Capacitación para el autocontrol de la diabetes: \$0 de copago Suministros para el control de la diabetes (incluidos monitores de glucosa en sangre, lancetas y tiras reactivas para glucosa en sangre*): 35% de coseguro Cuando los medidores de glucosa y las tiras reactivas se obtienen en una farmacia, la cobertura se limita a productos específicos de Abbott. Calzado o plantillas ortopédicas personalizados terapéuticos para diabéticos: 35% de coseguro Se requiere autorización para algunos artículos (p. ej., calzado y plantillas personalizados para diabéticos, medidores de glucosa continuos y bombas de insulina). *Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una lista completa.
<b>Tarjeta de beneficios flexibles</b>	\$375 de crédito compartido por trimestre, suministrado en una tarjeta de débito, proporcionada por WEX, para utilizar en productos y servicios dentales, para la visión y la audición no cubiertos por Medicare, así como en artículos de venta libre relacionados con la salud. No hay restricciones en cuanto a la cantidad de la asignación que se puede gastar en cada categoría. La Tarjeta Flex puede utilizarse tanto con los proveedores dentro la red como con los de fuera de la red. El saldo pendiente se traslada de un trimestre al otro, pero vence al final del año calendario. Para obtener más información, consulte la Evidencia de cobertura.	



## Índice

Acupuntura.....	14
Ambulancia.....	10
Atención de emergencia.....	7
Atención médica en el hogar.....	14
Atención preventiva.....	6
Atención quiropráctica.....	14
Beneficios de medicamentos recetados de la Parte D.....	11
Deducible.....	11
Cobertura inicial.....	11
Cobertura de la insulina.....	11
Brecha de cobertura.....	13
Fase de cobertura en casos de.....	13
Centro de cirugía ambulatoria (ASC).....	6
Centro de enfermería especializada (SNF).....	10
Cobertura de atención en un hospital como paciente ambulatorio.....	6
Cobertura de atención en un hospital como paciente hospitalizado.....	5
Cobertura de productos de venta libre (OTC).....	14
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.....	10
Medicamentos de la Parte B de Medicare.....	10
Prima mensual del plan.....	5
Programas de bienestar.....	15
Responsabilidad máxima de gastos de su bolsillo.....	5
Servicios ambulatorios de rehabilitación.....	15
Servicios ambulatorios por abuso de sustancias.....	15
Servicios auditivos.....	8
Servicios de diagnóstico/análisis de laboratorio/diagnóstico por imágenes.....	7
Servicios de la vista.....	9
Servicios dentales.....	8
Servicios de salud mental.....	9
Servicios de urgencia.....	7
Suministros y servicios para la diabetes.....	15
Tarjeta de beneficios flexibles.....	15
Transporte.....	10

## 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 al 1-855-944-0095 (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 las prestaciones del plan antes de inscribirse. Visite [EssenceHealthcare.com](http://EssenceHealthcare.com) o llame al 1-855-944-0095 (TTY: 711) para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores para asegurarse de que la farmacia que use para medicamentos recetados esté dentro de la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente deba elegir una farmacia nueva para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén 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.
- Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagamos ciertos servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una emergencia o en situaciones urgentes, los proveedores no contratados pueden negarse a atenderlo. Además, puede pagar un copago más alto por los servicios proporcionados por proveedores no contratados.

# Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# Notas

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Essence Healthcare incluye planes HMO, HMO-POS y PPO con contratos de Medicare. Esencia El cuidado de la salud también incluye un plan HMO D-SNP con un contrato con Medicare y el estado Medicaid programa. La inscripción en Essence Healthcare depende de la renovación del contrato. Todos los planes de Essence incluyen Cobertura de medicamentos de la Parte D. Para inscribirse, debe tener las Partes A y B de Medicare y residir en el plan Vía de Servicio.

Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Tenga en cuenta que la inscripción está limitada a épocas específicas del año.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Essence Healthcare, excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro número de servicio al cliente o vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

**Número de teléfono gratuito: 1-855-944-0095 (TTY: 711)**  
**De 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana**

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

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.



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