HealthSpring℠

Resumen de beneficios y servicios médicos 2027

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

HealthSpring Preferred Savings (HMO) H4513-083-005

Área de servicio:

Condados de Collin, Dallas, Denton, Hood, Johnson, Parker, Tarrant y Wise, **TX**

H4513_27PY4448291626S_M

27_SB_H4513_083_005_S

Introducción

HealthSpring Preferred Savings (HMO) es una cobertura Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare. La inscripción en la cobertura depende de la renovación del contrato.

La información de beneficios proporcionada no incluye todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) o acceda a ella en línea en **HealthSpring.com**.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o CD de audio.

Para afiliarse

Para unirse a esta cobertura, tiene que tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

Nuestra red

Tenemos una red de médicos, hospitales y otros prestadores de servicios médicos. Excepto en situaciones de emergencia, si usa prestadores de servicios médicos que no están en nuestra red, es posible que no paguemos estos servicios.

Por lo general, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas médicas para los medicamentos incluidos en la Parte D.

Original Medicare

Para obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **Medicare y Usted**. Consúltelo en línea en **www.medicare.gov** u obtenga una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

¿Tiene preguntas?

Visite nuestro sitio web en **HealthSpring.com** o llámenos al:

- **Ya es asegurado**
  1-800-668-3813 (TTY 711) para hablar con un representante de Servicio al Cliente.
- **Todavía no es asegurado**
  1-800-313-0973 (TTY 711) para hablar con un agente de seguros autorizado.

Nuestros horarios de atención son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local: De octubre a marzo: los 7 días de la semana; de abril a septiembre: de lunes a viernes.

El servicio de mensajería se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y los días feriados federales.

Prima, deducible y límites

Prestación por servicio	HealthSpring Preferred Savings (HMO)
Prima mensual de la cobertura	Paga **$0** por mes. Además, debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare. Descontaremos hasta **$138** por mes de su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este seguro no tiene deducible.
Límite de gasto máximo de bolsillo	No paga más de **$7,150** cada año por los beneficios de Medicare cubiertos dentro de la red. En este límite, no se incluye la prima mensual de la cobertura, si corresponde, ni el gasto compartido para los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos.

HealthSpring Preferred Savings (HMO) H4513-083-005

Beneficios médicos

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Es posible que los servicios con un [1] requieran autorización previa. Es posible que algunos servicios o medicamentos necesiten nuestra aprobación antes de que pueda recibirlos**.** **Es posible que los servicios con un [2] requieran una orden médica.** Una orden médica es una aprobación de su prestador de atención primaria para consultar a un especialista o recibir ciertos servicios.	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados[1,2]	
Tiene cobertura para una cantidad ilimitada de días por estadía.	Copago de **$350** por día para los días 1 al 5. Copago de **$0** por día para los días 6 al 90. Copago de **$0** por día para el día 91 en adelante.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Servicios hospitalarios ambulatorios[1,2]	Copago de **$0** por procedimientos quirúrgicos durante una prueba de detección colorrectal. Copago de **$350** para todos los demás servicios para pacientes ambulatorios.
Observación ambulatoria[1,2]	Copago de **$350** por estadía.
Servicios de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC)	
Servicios de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios (ASC, en inglés)[1,2]	Copago de **$0** por procedimientos quirúrgicos durante una prueba de detección colorrectal. Copago de **$275** para todos los demás servicios para pacientes ambulatorios.
Consultas médicas	
Prestador de atención primaria (PCP, en inglés)	Copago de **$0**
Especialistas[1,2]	Copago de **$45**

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Atención médica preventiva	
Usted tiene cobertura para muchos servicios de atención médica preventiva cubiertos por Medicare, como los siguientes: • Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía) • Exámenes de detección de cáncer de próstata • Vacunas, incluidas las vacunas contra la COVID-19, contra la gripe/influenza, contra la hepatitis B y la antineumocócica	Copago de **$0** por los servicios de cuidados preventivos cubiertos por Original Medicare sin gastos compartidos. Se cubrirán los servicios de cuidados preventivos adicionales aprobados por Medicare durante el año del contrato. La mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster, pueden estar cubiertas sin costo alguno para usted.
Atención médica de emergencia	
Servicios de atención médica de emergencia	Copago de **$130** Usted no paga este gasto compartido si es ingresado en el hospital en un plazo de 24 horas posteriores por el mismo problema de salud.
Atención médica de emergencia/urgente en todo el mundo/Transporte de emergencia	Copago de **$130** por atención de emergencia y atención médica urgente en todo el mundo. Coaseguro del **20%** por transporte de emergencia en todo el mundo. Monto máximo anual de cobertura de **$50,000.**
Servicios de urgencia	
Servicios de atención médica urgente	Copago de **$50**
Servicios de diagnóstico, laboratorio e imágenes Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar o el tipo de servicio.	
Procedimientos y pruebas de diagnóstico[1,2]	Copago de **$0** por ECG. Copago de **$50** para cualquier otro procedimiento y análisis de diagnóstico
Servicios de laboratorio[1,2]	Copago de **$0**
Pruebas genéticas[1,2]	Coaseguro del **20%**
Radiología diagnóstica (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.)[1,2]	Copago de **$0** para mamografías y ecografías. Copago de **$325** para todos los demás servicios de radiología diagnóstica y de medicina nuclear.
Radiología terapéutica[1,2]	Copago de **$85**
Servicios de rayos X[1,2]	Copago de **$0** en consultorios de médicos de atención primaria o especialistas. Copago de **$10** para todos los demás centros.

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Servicios para la audición	
Exámenes de audición cubiertos por Medicare[2] Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio.	Copago de **$45**
Examen de audición de rutina	Copago de **$0** para exámenes de audición de rutina, 1 por año.
Evaluaciones de ajuste de audífonos	Copago de **$0** para evaluaciones de ajuste de audífonos.
Audífonos Debe obtener sus audífonos a través de nuestro proveedor de audífonos.	Copago de **$399** a **$1,800** por cada dispositivo. Limitado a 1 audífono por oído por año. Su gasto compartido real depende de los audífonos que elija.
Audífonos de venta libre (OTC, en inglés) Debe obtener su kit de audífonos OTC de nuestro proveedor de audífonos.	Copago de **$399** para cada kit de audífono OTC. Limitado a 2 kits cada año. En el kit se incluye 1 dispositivo por oído y cargador opcional.
Servicios dentales	
Servicios dentales cubiertos por Medicare[1] Servicios dentales limitados. No incluye servicios como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales.	Copago de **$45**
Servicios dentales preventivos	
Exámenes bucales	Copago de **$0**
Limpiezas	Copago de **$0**
Tratamientos con fluoruro	Copago de **$0**
Radiografías dentales	Copago de **$0**
Servicios dentales integrales	
Servicios de restauración (como empastes y coronas)	Copago de **$0** a **$550**
Tratamientos radiculares (como conductos radiculares)	Copago de **$0** a **$675**
Periodoncia (como raspados/alisados radiculares)	Copago de **$0** a **$595**
Prostodoncia (como dentaduras postizas)	Copago de **$25** a **$615**
Intervención bucal (como extracciones)	Copago de **$0**

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Para revisar una lista completa de los servicios incluidos y lo que pagará, consulte su Guía de servicios dentales. Encuéntrela en **HealthSpring.com/Documents**. O llame al Servicio al Cliente de Servicios Dentales al 1-866-213-7295 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local: de octubre a marzo: los 7 días de la semana; de abril a septiembre: de lunes a viernes.	Este beneficio es administrado por Cigna Dental, nuestro proveedor de servicios dentales. Usted debe elegir un dentista general de la red de Cigna Dental Care (DHMO) para que sea su dentista principal.
Servicios para la vista	
Exámenes de la vista cubiertos por Medicare Examen para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud y enfermedades de la vista.	Copago de **$0** por examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. Copago de **$0** por examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare. Copago de **$45** por todos los demás servicios para la vista cubiertos por Medicare.
Artículos para la vista cubiertos por Medicare	Copago de **$0**
Examen de la vista de rutina Recibe un examen de la vista de rutina anual, incluida la refracción ocular. Para que se cubran sus servicios para la vista de rutina, debe obtenerlos de un prestador de servicios médicos de la red de nuestro prestador de servicios para la vista.	Copago de **$0** por 1 examen de la vista de rutina, cada año.
Artículos para la vista de rutina Use su asignación anual para un par de anteojos: • Anteojos (lentes y armazones) • Lentes de anteojos • Armazones • Lentes de contacto (incluida la adaptación de lentes de contacto) • Actualizaciones	**$0** hasta que haya gastado su asignación anual de **$150.**
Servicios de salud mental	
Pacientes hospitalizados[1]	Copago de **$350** por día para los días 1 al 5. Copago de **$0** por día para los días 6 al 90.
Consulta de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios[1]	Copago de **$45**
Servicios de acupuntura	
Acupuntura cubierta por Medicare[1,2] Servicios para el dolor lumbar crónico.	Copago de **$45**

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Ambulancia	
Servicio terrestre (por tramo)	Copago de **$250**
Servicio aéreo (por tramo)[1]	Coaseguro del **20%**
Examen físico anual	
Obtiene 1 examen físico cada año. Esto se ofrece además de la Consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y la Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare".	Copago de **$0**
Atención quiropráctica	
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare[1,2] Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Copago de **$15**
Servicios y suministros para diabéticos	
Suministros para monitorear la diabetes, zapatos o plantillas con fines terapéuticos, y entrenamiento para el autocontrol de la diabetes. Es posible que se requiera autorización previa para las marcas no preferenciales. Consulte la EOC para obtener detalles.	Coaseguro del **0%** para 1 monitor de glucosa en sangre de marca preferida y 1 dispositivo de monitoreo continuo de glucosa de marca preferida cada 2 años.[1] O Coaseguro del **20%** para 1 monitor de glucosa en sangre de marca no preferida y 1 dispositivo de monitoreo continuo de glucosa de marca no preferida cada 2 años.[1] Coaseguro del **0%** para suministros para la diabetes de marca preferida.[1] O Coaseguro del **20%** para suministros para la diabetes de marca no preferida.[1] Coaseguro del **20%** para calzado o plantillas terapéuticas.[1] Copago de **$0** para capacitación para el autocontrol de la diabetes.[2]
Programas de acondicionamiento físico y bienestar	
Obtiene una membresía para un gimnasio. También recibe 1 kit de acondicionamiento físico en el hogar que puede incluir una opción de rastreador de acondicionamiento físico portátil. También puede elegir hasta 2 opciones de kits de DVD. Además, obtiene asesoramiento individual sobre bienestar y herramientas y recursos digitales de acondicionamiento físico.	Copago de **$0** Los kits están sujetos a disponibilidad y a cambios. Una vez seleccionados, no se pueden cambiar los kits.

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Servicios de alimentos a domicilio	
Hasta 14 comidas por alta de una hospitalización que cumpla con los requisitos o estadía en un centro de enfermería especializada, hasta 3 estadías por año. Hasta 56 comidas por año cuando está inscrito en nuestro programa de administración de la atención de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, en inglés).	Copago de **$0** por las comidas a domicilio que cubrimos. Este beneficio no se aplica a las altas de una sala de emergencias, estadía en observación o consulta ambulatoria.
Atención médica a domicilio[1]	
Debe estar confinado en su hogar y un médico debe certificar que necesita servicios de atención médica a domicilio.	Copago de **$0**
Centro para pacientes terminales	
La atención en asilos fuera de la cobertura está incluida. La atención en un centro para pacientes terminales debe ser proporcionada por un programa de centros para pacientes terminales certificado por Medicare.	Copago de **$0** por servicios de consulta de hospicio (solo una vez) antes de seleccionar un hospicio. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y la atención médica de relevo.
Equipos y suministros médicos	
Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)[1]	Coaseguro del **20%**
Prótesis y órtesis (férulas, extremidades artificiales, etc.)[1]	Coaseguro del **20%**
Suministros médicos[1]	Coaseguro del **20%**
Medicamentos de la Parte B de Medicare Los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare pueden estar sujetos a requisitos de terapia escalonada.	
Medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare	Pagará un máximo de **$35** por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. No se aplica ningún deducible de la cobertura.
Medicamentos quimioterapéuticos/de radiación de la Parte B de Medicare[1]	Coaseguro del **0%** a **20%**
Otros medicamentos de la Parte B de Medicare[1]	Coaseguro del **0%** a **20%** Esta cobertura incluye los medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la sección de Cobertura para medicamentos con receta en este Resumen de beneficios y servicios médicos.

Prestación por servicio	Lo que usted paga
Servicios de podiatría (cuidado de los pies)	
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare[2] Exámenes de los pies o tratamiento por parte de un podiatra si tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o necesita tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades de los pies.	Copago de **$45**
Servicios de terapia de rehabilitación	
Servicios de terapia ocupacional[1,2]	Copago de **$35**
Servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje[1,2]	Copago de **$35**
Centro de enfermería especializada (SNF, en inglés)[1]	
Usted está cubierto hasta por 100 días para cada período de beneficios.	Copago de **$10** por día para los días 1 a 20. Copago de **$221** por día para los días 21 a 100.
Servicios de telesalud con MD Live	
Atención médica urgente que no es de emergencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana para tratar problemas como alergias, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta y otras enfermedades menores. Hable con un prestador de servicios médicos de MD Live® por teléfono o a través de la computadora o tableta. También ofrecen atención de salud mental y atención de dermatología.	Copago de **$0** por cada consulta de atención médica inmediata que no sea de emergencia. Copago de **$0** por cada consulta de terapia de salud mental y salud conductual. Copago de **$45** por cada consulta de atención dermatológica.

Cobertura para medicamentos con receta

Este cuadro muestra los gastos compartidos por los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por esta cobertura.* Los gastos compartidos pueden ser diferentes si usted es elegible para recibir el Beneficio Adicional (Extra Help, en inglés).

Deducible de la Parte D

$0 de deducible para los medicamentos del nivel 1 y 2. Su cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D en estos niveles comienza en la Etapa de cobertura inicial.

$300 de deducible para los niveles 3, 4 y 5. Usted pagará el costo total de estos medicamentos hasta alcanzar el monto del deducible. Una vez que haya alcanzado el monto del deducible, ingresará en la Etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga lo siguiente hasta que el gasto anual de bolsillo por los costos de sus medicamentos alcance los **$2,400**:

		Farmacia de pedido por correo		Farmacia en tienda	
Nivel	**Suministro**	**Preferida**	**Estándar**	**Preferida**	**Estándar**
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferenciales	30 días	**$0**	**$4**	**$0**	**$4**
	100 días	**$0**	**$12**	**$0**	**$12**
Nivel 2 Medicamentos genéricos	30 días	**$0**	**$5**	**$0**	**$5**
	100 días	**$0**	**$15**	**$0**	**$15**
Nivel 3 Medicamentos de marca preferenciales	30 días	**15%**	**15%**	**15%**	**15%**
	100 días	**15%**	**15%**	**15%**	**15%**
Nivel 4 Medicamentos no preferenciales	30 días	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
	100 días	**25%**	**25%**	**25%**	**25%**
Nivel 5 Medicamentos especializados	30 días	**30%**	**30%**	**30%**	**30%**
	90 días	**N/A**	**N/A**	**N/A**	**N/A**

Etapa de cobertura para casos catastróficos

Usted cumple con los requisitos para ingresar a la etapa de cobertura para casos catastróficos cuando el gasto anual de bolsillo por los costos de sus medicamentos alcanza los **$2,400**.

Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura para casos catastróficos, pagará **$0** por todos los medicamentos incluidos en la Parte D durante el resto del año.

HealthSpring Preferred Savings (HMO) H4513-083-005

* Los gastos compartidos también pueden diferir según en qué etapa de cobertura de la Parte D se encuentre, el tipo o estado de la farmacia (como preferencial/no preferencial, pedido por correo, atención a largo plazo [LTC, en inglés], infusión en el hogar) y si está surtiendo un suministro para 30, 60 o 90/100 días. Es posible que algunas farmacias tengan restricciones de días de suministro según sus políticas de dispensación.

Lo que paga por la insulina

- Por cada producto de insulina incluido en nuestra cobertura, no pagará más de **$35** por un suministro de un mes, independientemente del nivel de gastos compartidos en el que se encuentre.
- Si la insulina está en un nivel en el que los gastos compartidos son inferiores a **$35,** pagará el costo más bajo por la insulina.
- Si la cobertura tiene un deducible de la Parte D, lo anterior se aplicará incluso si no ha pagado el deducible.

HMO dental: Cigna Dental Care y sus compañías operativas brindan servicios dentales cubiertos a través de la red de dentistas Cigna Dental Care (DHMO). Los límites de frecuencia varían según el tipo de servicio con cobertura. No todos los servicios dentales tienen cobertura, como los procedimientos estéticos, los implantes y la ortodoncia. Consulte la Guía dental para obtener más información.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según la cobertura o el área de servicio. Es posible que se apliquen limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Comuníquese con la compañía aseguradora para obtener más información.

Los prestadores de servicios médicos fuera de la red/sin contrato no tienen la obligación de atender a los asegurados de la cobertura, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el gasto compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Si tiene alguna pregunta, llame al Servicio al Cliente al 1-800-668-3813 (TTY: 711). Nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de octubre a marzo: los 7 días de la semana. De abril a septiembre: de lunes a viernes. El servicio de mensajería se usa los fines de semana, fuera del horario de atención y en días festivos federales.

Los productos y servicios de HealthSpring se ofrecen de manera exclusiva, ya sea directamente por las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, o por medio de estas. Health Care Service Corporation y sus afiliadas tienen contratos con Medicare para ofrecer las coberturas Medicare Advantage HMO y PPO, así como coberturas para medicamentos con receta (PDP, en inglés) de la Parte D en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La posibilidad de solicitar coberturas de HealthSpring depende de la renovación de los contratos. ©2026 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.

HealthSpring Preferred Savings (HMO) H4513-083-005

5004677.0626