

Resumen de beneficios y servicios médicos 2027

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

HealthSpring True Choice (PPO) H7849-154

Área de servicio:

Condados de Angelina, Atascosa, Bandera, Bexar, Brazoria, Cameron, Collin, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Galveston, Gregg, Hardin, Harris, Harrison, Hidalgo, Hood, Jasper, Jefferson, Johnson, Kendall, Liberty, Medina, Montgomery, Nacogdoches, Nueces, Orange, Parker, Polk, Rusk, San Jacinto, Smith, Tarrant, Upshur, Van Zandt, Waller, Willacy, Wilson y Wise, **TX**

Introducción

HealthSpring True Choice (PPO) 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. También puede elegir usar prestadores de servicios médicos fuera de la red, generalmente por un copago o coaseguro más alto.

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 True Choice (PPO)
Prima mensual de la cobertura	Paga \$0 por mes. Además, debe seguir pagando su prima mensual de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	El deducible de la Parte A/B de Medicare de \$425 se aplica a los siguientes servicios tanto dentro como fuera de la red: • Servicios cardíacos y de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicios de rehabilitación pulmonar • Terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) para servicios de enfermedad arterial periférica (PAD, en inglés) sintomática • Programa de hospitalización parcial • Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios • Terapia ocupacional • Fisioterapia y terapia del habla/lenguaje • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Procedimientos/pruebas de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica • Servicios de radiología terapéutica • Servicios de rayos X para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de observación • Servicios de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC) • Tratamiento por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (individual y grupal) • Servicios de ambulancia terrestre y aérea • Servicios de diálisis • Servicios dentales cubiertos por Medicare • Exámenes de la vista cubiertos por Medicare • Artículos para la vista cubiertos por Medicare • Exámenes de audición cubiertos por Medicare

Prestación por servicio	HealthSpring True Choice (PPO)
	El deducible también se aplica a estos servicios fuera de la red: • Atención aguda hospitalaria para pacientes hospitalizados • Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados • Centro de enfermería especializada (SNF) • Atención médica a domicilio • Médico de atención primaria (PCP, en inglés) • Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare • Médico especialista • Salud mental para pacientes ambulatorios (individual y grupal) • Servicios de podiatría cubiertos por Medicare • Otro profesional de la salud • Servicios psiquiátricos ambulatorios (individuales y grupales) • Servicios de laboratorio • Servicios de hematología para pacientes ambulatorios • Equipo médico duradero (DME, en inglés) • Prótesis • Suministros médicos • Suministros para la diabetes • Monitores para diabéticos • Zapatos terapéuticos y plantillas para diabéticos • Servicios de educación sobre enfermedad renal • Prueba de detección de glaucoma • Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes • Exámenes de tacto rectal • ECG después de la consulta de bienvenida • Medicamentos de quimioterapia/radiación de la Parte B de Medicare • Otros medicamentos de la Parte B de Medicare
Límite de gasto máximo de bolsillo	No paga más de \$6,800 cada año por los beneficios cubiertos por Medicare en la red. No paga más de \$10,750 cada año por los beneficios cubiertos por Medicare dentro de la red y fuera de la red combinados. 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.

Beneficios médicos

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 internados¹		
	Copago de \$300 por día para los días 1 al 6. Copago de \$0 por día para los días 7 al 90.	Coaseguro del 50% por estadía.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios		
Servicios hospitalarios ambulatorios ¹	Copago de \$0 por procedimientos quirúrgicos durante una prueba de detección colorrectal. Copago de \$295 para todos los demás servicios para pacientes ambulatorios.	Coaseguro del 50%
Observación ambulatoria ¹	Copago de \$295 por estadía.	Coaseguro del 50%
Servicios de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios (Ambulatory Surgical Center, ASC)		
Servicios de centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios (ASC, en inglés) ¹	Copago de \$0 por procedimientos quirúrgicos durante una prueba de detección colorrectal. Copago de \$295 para todos los demás servicios para pacientes ambulatorios.	Coaseguro del 50%
Consultas médicas		
Prestador de atención primaria (PCP, en inglés)	Copago de \$0	Coaseguro del 50%
Especialistas ¹	Copago de \$40	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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.	Coaseguro de 50% para servicios de cuidados preventivos cubiertos por Original Medicare. Se cubrirá cualquier servicio 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	Copago de \$0 por ECG. Copago de \$150 para cualquier otro procedimiento y análisis de diagnóstico.	Coaseguro del 50%
Servicios de laboratorio ¹	Copago de \$0	Coaseguro del 50%
Pruebas genéticas ¹	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Radiología diagnóstica (resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, etc.) ¹	Copago de \$0 para mamografías y ecografías. Copago de \$295 para todos los demás servicios de radiología diagnóstica y de medicina nuclear.	Coaseguro del 50%
Radiología terapéutica ¹	Copago de \$85	Coaseguro del 50%
Servicios de rayos X ¹	Copago de \$50	Coaseguro del 50%
Servicios para la audición		
Exámenes de audición cubiertos por Medicare Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio.	Copago de \$40	Coaseguro del 50%
Examen de audición de rutina	Sin cobertura	
Evaluaciones de ajuste de audífonos	Sin cobertura	
Audífonos	Sin cobertura	
Audífonos de venta libre (OTC, en inglés)	Sin cobertura	
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 \$40	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales preventivos e integrales		
Asignación para servicios dentales Ayuda a pagar la mayoría de los servicios dentales preventivos e integrales. Puede consultar a cualquier dentista con licencia de los EE. UU. que no esté excluido por Medicare. Nuestro proveedor de asignación para servicios dentales, Cigna Dental, administra este beneficio. Para obtener más información, consulte su Guía de asignación para 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.	\$0 por servicios dentales preventivos e integrales hasta que haya gastado su asignación anual. Los prestadores de servicios médicos de Cigna Dental Allowance (DPPO) le facturarán directamente a nuestro proveedor de asignación para servicios dentales. Los dentistas fuera de la red pueden solicitar que se les pague en el momento del servicio.	
Monto máximo de cobertura	Asignación anual de \$500 , combinada dentro y fuera de la red, para servicios dentales preventivos e integrales.	
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 \$40 por todos los demás servicios para la vista cubiertos por Medicare.	Coaseguro del 50% para la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. Coaseguro del 50% para la prueba de detección de retinopatía diabética cubierta por Medicare. Coaseguro del 50% para todos los demás servicios para la vista cubiertos por Medicare.
Artículos para la vista cubiertos por Medicare	Copago de \$0	Coaseguro del 50%
Examen de la vista de rutina Recibe un examen de la vista de rutina anual, incluida la refracción ocular. Se cubre un examen de la vista de rutina anual dentro o fuera de la red.	Copago de \$0 por 1 examen de la vista de rutina, cada año.	Coaseguro de 50% para 1 examen de la vista de rutina cada año.

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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 \$100, de la red y fuera de la red combinados.	
Servicios de salud mental		
Pacientes hospitalizados¹	Copago de \$300 por día para los días 1 al 6. Copago de \$0 por día para los días 7 al 90.	Coaseguro del 50% por estadía.
Consulta de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios¹	Copago de \$40	Coaseguro del 50%
Servicios de acupuntura		
Acupuntura cubierta por Medicare¹ Servicios para el dolor lumbar crónico.	Copago de \$40	Coaseguro del 50%
Ambulancia		
Servicio terrestre (por tramo)	Copago de \$275	
Servicio aéreo (por tramo)¹	Coaseguro del 20%	
Examen físico anual		
Obtiene 1 examen físico cada año. Esto se suma a la Consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y a la Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”. Se cubre un examen anual, ya sea de la red o fuera de la red.	Copago de \$0	Coaseguro del 50%
Atención quiropráctica		
Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare¹ Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	Copago de \$15	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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.	Coaseguro de 50% para 1 monitor de glucosa en sangre y 1 dispositivo de monitoreo continuo de glucosa cada 2 años. Coaseguro de 50% para suministros para la diabetes. Coaseguro del 0% para calzado o plantillas terapéuticas. Coaseguro del 0% por entrenamiento para el autocontrol de la diabetes.
Atención médica a domicilio¹		
Debe estar confinado en su hogar y un médico debe certificar que necesita servicios de atención médica a domicilio.	Copago de \$0	Coaseguro del 50%
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%	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prótesis y órtesis (férulas, extremidades artificiales, etc.) ¹	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 50%
Suministros médicos ¹	Coaseguro del 20%	Coaseguro del 50%
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.	Coaseguro del 25%
Medicamentos quimioterapéuticos/de radiación de la Parte B de Medicare ¹	Coaseguro del 0% a 20%	Coaseguro del 25%
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.	Coaseguro del 25% 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.
Servicios de podiatría (cuidado de los pies)		
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare 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 \$40	Coaseguro del 50%
Servicios de terapia de rehabilitación		
Servicios de terapia ocupacional ¹	Copago de \$40	Coaseguro del 50%
Servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje ¹	Copago de \$40	Coaseguro del 50%

Prestación por servicio	Lo que usted paga	
	Dentro de la red	Fuera de la red
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.	Coaseguro del 50% por estadía.
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 \$40 por cada consulta de atención dermatológica.	La cobertura se limita a MD Live.

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.

\$700 de deducible para todos los demás niveles. 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**:

Nivel	Suministro	Farmacia de pedido por correo		Farmacia en tienda	
		Preferida	Estándar	Preferida	Estándar
Nivel 1 Medicamentos genéricos preferenciales	30 días	\$0	\$10	\$0	\$10
	90 días	\$0	\$30	\$0	\$30
Nivel 2 Medicamentos genéricos	30 días	\$4	\$20	\$4	\$20
	90 días	\$0	\$60	\$12	\$60
Nivel 3 Medicamentos de marca preferenciales	30 días	20%	20%	20%	20%
	90 días	20%	20%	20%	20%
Nivel 4 Medicamentos no preferenciales	30 días	25%	25%	25%	25%
	90 días	25%	25%	25%	25%
Nivel 5 Medicamentos especializados	30 días	25%	25%	25%	25%
	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.

* 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.

Asignación para servicios dentales: Los servicios dentales preventivos e integrales se administran a través de Cigna Health and Life Insurance Company y, en Nueva York, a través de Cigna Health and Life Adjuster Services. No todos los servicios dentales tienen cobertura. Consulte la Guía de asignación 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.

