

2026

Resumen de beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

HealthSpring True Choice (PPO) H7849-154

Libertad para elegir a su propio médico sin la necesidad de obtener una referencia; sus beneficios viajan con usted a otras redes PPO de HealthSpring en todo el país

Service Area:

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

1 | Introducción

HealthSpring True Choice (PPO) es un plan Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información que se brinda sobre beneficios 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 pídanos la *Evidencia de cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés), a la que también podrá acceder en línea en **HealthSpring.com**.

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

Para afiliarse

Para afiliarse a este plan, debe 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 proveedores. También puede elegir usar proveedores fuera de la red por un copago o coseguro normalmente mayor.

Y generalmente deberá usar farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D.

Original Medicare

Si desea conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual vigente *Medicare y usted*. Puede consultarlo en línea en **www.medicare.gov** o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

¿Tiene preguntas?

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en **HealthSpring.com** o llámenos al:

- **Si usted ya es miembro**
1-800-668-3813 (TTY 711) para hablar con un representante de Servicio al Cliente.
- **Si aún no es miembro**
1-800-313-0973 (TTY 711) para hablar con un agente de seguros con licencia.

Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 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 mensajes se puede utilizar los fines de semana, fuera del horario de atención y en feriados nacionales.

2 | Prima, deducible y límites

| Beneficio | HealthSpring True Choice (PPO) |
|-------------------------------|---|
| Prima mensual del plan | <p>Usted paga \$0 por mes.</p> <p>Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p> |
| Deducible médico | <p>El deducible de \$400 de la Parte A/B de Medicare se aplica a los siguientes servicios, tanto dentro como fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva • Servicios de rehabilitación pulmonar • Servicios de terapia de ejercicios supervisados (SET, por sus siglas en inglés) para enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática • Programa de hospitalización parcial • Servicios intensivos del programa para pacientes ambulatorios • Terapia ocupacional • Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje • Servicios del programa de tratamiento de opioides • Procedimientos y exámenes de diagnóstico • Servicios radiológicos de diagnóstico • Servicios radiológicos terapéuticos • Servicios de radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de observación • Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés) • 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 • Productos ópticos cubiertos por Medicare • Exámenes de audición cubiertos por Medicare |

| Beneficio | HealthSpring True Choice (PPO) |
|------------------------------------|---|
| | <p>El deducible también se aplica a estos servicios fuera de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención hospitalaria para pacientes internados con enfermedades agudas • Atención hospitalaria para pacientes internados con enfermedades psiquiátricas • Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) • Cuidado de la salud en el hogar • Médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) • Atención quiropráctica cubierta por Medicare • Médico especialista • Salud mental para pacientes ambulatorios: individual y grupal • Servicios de podología cubiertos por Medicare • Otro profesional de cuidado de la salud • Atención psiquiátrica para pacientes ambulatorios: individual y grupal • Servicios de laboratorio • Servicios relacionados con la sangre para pacientes ambulatorios • Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) • Dispositivos protésicos • Suministros médicos • Suministros para diabéticos • Plantillas/calzados terapéuticos para diabéticos • Servicios de educación sobre enfermedades renales • Prueba de detección de glaucoma • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Exámenes rectales dactilares • ECG después de la consulta de bienvenida • Medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B de Medicare • Otros medicamentos de la Parte B de Medicare |
| Límite de desembolso máximo | <p>Usted no paga más de \$6,800 cada año por los beneficios dentro de la red cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted no paga más de \$11,000 cada año por los beneficios cubiertos por Medicare dentro y fuera de la red combinados.</p> <p>Este límite no incluye la prima mensual del plan, si la hubiera, ni el costo compartido para los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.</p> |

3 | Beneficios médicos

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|---|---|---------------------------------------|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| <p>Es posible que los servicios con un ¹ requieran autorización previa. Determinados servicios o medicamentos pueden necesitar nuestra aprobación para que usted pueda recibirlos.</p> <p>Es posible que los servicios con un ² requieran una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario que le permite visitar a un especialista o recibir determinados servicios.</p> | | |
| Cobertura hospitalaria como paciente internado¹ | | |
| | Copago de \$230 por día para los días 1-6. Copago de \$0 por día para los días 7-90. | Coseguro del 50 % por estadía. |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | | |
| Hospital para pacientes ambulatorios ¹ | Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Copago de \$375 para todos los demás servicios ambulatorios. | Coseguro del 50 % |
| Observación de pacientes ambulatorios ¹ | Copago de \$375 por estadía. | Coseguro del 50 % |
| Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés) | | |
| Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ¹ | Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Copago de \$325 para todos los demás servicios ambulatorios. | Coseguro del 50 % |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|---|--|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Consultas al médico | | |
| Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) | Copago de \$0 | Coseguro del 50 % |
| Especialistas ¹ | Copago de \$40 | Coseguro del 50 % |
| Cuidado preventivo | | |
| <p>Usted tiene cobertura para muchos servicios de cuidado preventivo cubiertos por Medicare, como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía) Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA, por sus siglas en inglés) Vacunas, incluidas vacunas contra la COVID-19, vacunas antigripales/ contra la influenza, vacunas contra la hepatitis B y vacunas antineumocócicas | <p>Copago de \$0 para servicios de cuidado preventivo cubiertos por Original Medicare sin costo compartido.</p> <p>Cualquier servicio de cuidado preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster, podrían estar cubiertas sin costo alguno para usted.</p> | <p>Coseguro del 50 % para servicios de cuidado preventivo cubiertos por Original Medicare.</p> <p>Cualquier servicio de cuidado preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster, podrían estar cubiertas sin costo alguno para usted.</p> |
| Cuidado de emergencia | | |
| Servicios de cuidado de emergencia | <p>Copago de \$115</p> <p>Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no paga este costo compartido.</p> | Igual que dentro de la red |
| Cobertura de emergencia/urgencia/ transporte de emergencia en todo el mundo | <p>Copago de \$115</p> <p>Cantidad de cobertura máxima anual de \$50,000.</p> | Igual que dentro de la red |
| Servicios urgentemente necesarios | | |
| Servicios de cuidado de urgencia | <p>Copago de \$40</p> <p>Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no paga este costo compartido.</p> | Igual que dentro de la red |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|--|--|--|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Servicios de diagnóstico, laboratorio y diagnóstico por imágenes | | |
| Los costos de estos servicios pueden variar según el lugar o el tipo de servicio. | | |
| Procedimientos y exámenes de diagnóstico ¹ | Copago de \$0 para ECG. Copago de \$150 para todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico. | Coseguro del 50 % |
| Servicios de laboratorio ¹ | Copago de \$0 | Coseguro del 50 % |
| Pruebas genéticas ¹ | Copago de \$50 | Coseguro del 50 % |
| Radiología de diagnóstico (MRI, TC, etc.) ¹ | Copago de \$0–\$225 | Coseguro del 50 % |
| Radiología terapéutica ¹ | Copago de \$60 | Coseguro del 50 % |
| Servicios de radiografía | Copago de \$50 | Coseguro del 50 % |
| Servicios de audición | | |
| Exámenes de audición cubiertos por Medicare Exámenes de audición y equilibrio de diagnóstico. | Copago de \$30 | Coseguro del 50 % |
| Examen de audición de rutina Puede realizar un examen de audición de rutina anual a través de un proveedor dentro o fuera de la red. Pero no puede hacerse un examen con ambos. | Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año. | Coseguro del 50 % para 1 examen de audición de rutina por año |
| Evaluación/ajuste de audífonos Puede realizar un ajuste anual a través de un proveedor dentro o fuera de la red. Pero no puede realizar el ajuste con ambos. | Copago de \$0 para 1 ajuste de audífonos por año | Coseguro del 50 % para 1 ajuste de audífonos por año. |
| Audífonos | Copago de \$399 a \$1,800 por dispositivo, limitado a 2 dispositivos por año. Su costo compartido real dependerá del audífono que elija. | Para que esté cubierto, deberá obtener su beneficio de audífonos a través de nuestro proveedor de audífonos. |
| Audífonos sin receta médica | Copago de \$399 por kit de audífonos OTC, limitado a 2 kits por año. El kit incluye 1 dispositivo para cada oído y un cargador opcional. | Para que esté cubierto, deberá obtener su kit de audífonos OTC a través de nuestro proveedor de audífonos OTC. |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|--|---|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Servicios dentales | | |
| Servicios dentales cubiertos por Medicare ¹ Servicios dentales limitados. Esto no incluye servicios como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales. | Copago de \$40 | Coseguro del 50 % |
| Servicios dentales preventivos e integrales | | |
| Asignación para atención dental 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. Este beneficio es administrado por Cigna Dental. Este es nuestro proveedor de asignaciones dentales. Para obtener más información, consulte su Guía de asignaciones dentales. Encuéntrela en línea en HealthSpring.com/documents . O bien, llame a Servicio al Cliente del plan dental al 1-866-213-7295 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 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 proveedores de Cigna Dental Allowance (DPPO) le facturarán directamente a nuestro proveedor de asignaciones dentales. | \$0 por servicios dentales preventivos e integrales hasta que haya gastado su asignación anual. Los proveedores fuera de la red pueden requerir el pago en el momento del servicio. |
| Cantidad de cobertura máxima | Asignación anual de \$600 para servicios dentales preventivos e integrales, combinados dentro y fuera de la red. | Asignación anual de \$600 para servicios dentales preventivos e integrales, combinados dentro y fuera de la red. |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|---|---|--|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Servicios de la vista | | |
| Examen de la vista cubierto por Medicare Examen para diagnosticar y tratar afecciones y enfermedades de la vista. | Copago de \$0 para examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. Copago de \$0 para examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare. Copago de \$40 para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare. | Copago de \$0 para examen de detección de glaucoma cubierto por Medicare. Coseguro del 50 % para examen de detección de retinopatía diabética cubierto por Medicare. Coseguro del 50 % para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare. |
| Productos ópticos cubiertos por Medicare | Copago de \$0 | Coseguro del 50 % |
| Examen de la vista de rutina Usted tiene cobertura para un examen de la vista de rutina anual, incluida la refracción ocular. Puede obtener sus servicios de la vista de rutina a través de un proveedor dentro o fuera de la red. Pero no puede obtener servicios de ambos. | Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año. | Coseguro del 50 % para 1 examen de la vista de rutina por año. |
| Productos ópticos de rutina Use su asignación anual para 1 conjunto de productos ópticos: <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos (lentes y marcos) • Lentes de anteojos • Marcos de anteojos • Lentes de contacto (incluido el ajuste) • Mejoras | \$0 hasta que haya gastado su asignación anual de \$100 , con servicios combinados dentro y fuera de la red. | \$0 hasta que haya gastado su asignación anual de \$100 , con servicios combinados dentro y fuera de la red. |
| Servicios de salud mental | | |
| Pacientes internados ¹ | Copago de \$255 por día para los días 1-6. Copago de \$0 por día para los días 7-90. | Coseguro del 50 % por estadía. |
| Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios ¹ | Copago de \$40 | Coseguro del 50 % |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|--|--|--|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Servicios de acupuntura | | |
| Acupuntura cubierta por Medicare ¹ Servicios para dolor lumbar crónico. | Copago de \$20 | Coseguro del 50 % |
| Ambulancia¹ | | |
| Servicio terrestre (de ida o vuelta) | Copago de \$275 | Copago de \$275 |
| Servicio aéreo (de ida o vuelta) | Coseguro del 20 % | Coseguro del 20 % |
| Examen físico anual | | |
| Se realiza 1 examen físico por año. Esto se suma a la visita anual de bienestar cubierta por Medicare y la consulta Bienvenido a Medicare. Puede hacerse un examen a través de un proveedor dentro o fuera de la red. Pero no puede hacerse un examen con ambos. | Copago de \$0 | Coseguro del 50 % |
| Atención quiropráctica | | |
| Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare ¹ Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. | Copago de \$15 | Coseguro del 50 % |
| Suministros y servicios para la diabetes | | |
| Suministros para el control de la diabetes, plantillas o calzados terapéuticos y capacitación para el autocontrol de la diabetes. La cobertura de ciertos suministros puede depender de la marca. Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener detalles. | Copago de \$0 para suministros para el monitoreo de la diabetes. ¹ Coseguro del 20 % para plantillas o calzados terapéuticos. ¹ Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes. | Coseguro del 50 % para suministros para el monitoreo de la diabetes. Coseguro del 50 % para plantillas o calzados terapéuticos. Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes. |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|---|---|--|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Programas de acondicionamiento físico y bienestar | | |
| Obtiene una suscripción a un centro de acondicionamiento físico, herramientas y recursos digitales de acondicionamiento físico y 1 kit de acondicionamiento físico para el hogar, que puede incluir una opción de monitor de actividad física portátil. | Copago de \$0 Los kits están sujetos a disponibilidad y a cambios. Una vez seleccionados, los kits no pueden cambiarse. | Para que esté cubierto, deberá obtener su beneficio de acondicionamiento físico a través de nuestro proveedor de acondicionamiento físico. |
| Cuidado de los pies (servicios de podología) | | |
| Servicios de podología cubiertos por Medicare Exámenes o tratamientos para pies a cargo de un podólogo si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o requiere tratamiento médicamente necesario para lesiones o enfermedades del pie. | Copago de \$40 | Coseguro del 50 % |
| Tarjeta HealthSpring Flex | | |
| Use su tarjeta HealthSpring Flex para acceder fácilmente a ciertos beneficios de asignación que pueden formar parte de su plan. | Los montos dependen de los beneficios de su plan. Los fondos se cargan en su tarjeta HealthSpring Flex. Los montos que no se utilicen no se transferirán al trimestre siguiente ni al siguiente año del plan. | Debe usar su tarjeta HealthSpring Flex para acceder a estos beneficios. |
| Comidas entregadas en el hogar | | |
| Obtenga hasta 14 comidas por alta de una estadía calificada en un hospital o centro de enfermería especializada como paciente internado, hasta 3 internaciones por año. Obtenga hasta 56 comidas por año si está inscrito en nuestro programa de administración del cuidado relacionado con la enfermedad renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés). | Copago de \$0 para comidas entregadas en el hogar cubiertas. Si recibió el alta de una sala de emergencias, tras una estadía en observación o luego de realizar una visita ambulatoria, este beneficio no aplica. | Para que estén cubiertas, deberá recibir las comidas entregadas en el hogar a través de nuestro proveedor. |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|--|---|---|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Cuidado de la salud en el hogar¹ | | |
| Debe estar confinado en su hogar y un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar. | Copago de \$0 | Coseguro del 50 % |
| Atención de enfermos terminales | | |
| Los servicios para enfermos terminales están cubiertos fuera del plan. La atención de enfermos terminales debe brindarla un programa para enfermos terminales certificado por Medicare. | Copago de \$0 para servicios de consulta relacionados con la atención de enfermos terminales (solo una vez) antes de seleccionar un centro de atención de enfermos terminales. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y la atención de relevo. | Copago de \$0 para servicios de consulta relacionados con la atención de enfermos terminales (solo una vez) antes de seleccionar un centro de atención de enfermos terminales. Es posible que deba pagar parte del costo de los medicamentos y la atención de relevo. |
| Equipos y suministros médicos | | |
| Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ¹ | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % |
| Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas, etc.) ¹ | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % |
| Suministros médicos ¹ | Coseguro del 20 % | Coseguro del 50 % |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | | |
| Es posible que los medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare estén sujetos a los requisitos del tratamiento escalonado. | | |
| Insulinas de la Parte B de Medicare | Pagará un máximo de \$35 por cada suministro para 1 mes de medicamentos con insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. No se aplica ningún deducible del plan. | Coseguro del 25 % |
| Medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B de Medicare ¹ | Coseguro del 0 %-20 % | Coseguro del 25 % |

| Beneficio | Lo que usted paga | |
|---|--|--|
| | Dentro de la red | Fuera de la red |
| Otros medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ | Coseguro del 0 %-20 % Este plan tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 4 de este <i>Resumen de beneficios</i> . | Coseguro del 25 % Este plan tiene cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 4 de este <i>Resumen de beneficios</i> . |
| Asignación para artículos sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) | | |
| Obtiene una asignación para ayudar a cubrir el costo de los medicamentos OTC y otros productos relacionados con la salud, como apósitos, aspirina, medicamentos para el resfrío y la sinusitis, vitaminas y más. Use su asignación en nuestras tiendas minoristas participantes o para el servicio de entrega a domicilio. | Asignación de \$40 cada trimestre para artículos OTC elegibles. Los fondos se cargan automáticamente en su tarjeta HealthSpring Flex. Los montos que no se utilicen no se transferirán al trimestre siguiente ni al siguiente año del plan. | Debe usar su tarjeta HealthSpring Flex para acceder a este beneficio. |
| Servicios de terapia de rehabilitación | | |
| Servicios de terapia ocupacional ¹ | Copago de \$35 | Coseguro del 50 % |
| Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje ¹ | Copago de \$35 | Coseguro del 50 % |
| Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)¹ | | |
| Usted tiene cobertura por hasta 100 días por período de beneficios. | Copago de \$0 por día para los días 1-20. Copago de \$218 por día para los días 21-100. | Coseguro del 50 % por estadía. |
| Telesalud: MDLIVE | | |
| En el caso del cuidado de urgencia que no es de emergencia, como alergias, tos, dolor de cabeza, dolor de garganta y otras enfermedades de bajo riesgo, hable con un proveedor de telesalud de MDLIVE® por teléfono inteligente, computadora o tableta. Este servicio también ofrece atención dermatológica y de salud mental. | Copago de \$0 para cada visita de cuidado de urgencia que no es de emergencia. Copago de \$40 para cada visita de tratamiento de salud mental. Copago de \$40 para cada visita de atención dermatológica. | Para que estén cubiertos, deberá obtener sus beneficios de telesalud de MDLive a través de MDLive. |

4 | Beneficios de medicamentos con receta

Esta tabla muestra los costos compartidos para los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos por este plan.* Es posible que sus costos compartidos sean diferentes si reúne los requisitos para recibir *Ayuda adicional*.

Deducible de la Parte D

Deducible de **\$0** para medicamentos de los Niveles 1 y 2. Su cobertura para los medicamentos con receta de la Parte D en estos niveles comienza en la etapa de Cobertura inicial.

Deducible de **\$250** para todos los demás niveles. Usted paga el costo total de estos medicamentos hasta que alcanza el monto del deducible. Una vez que alcanza el monto del deducible, ingresa en la etapa de Cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial

Durante esta etapa, usted paga lo siguiente hasta que los costos de desembolso anuales de sus medicamentos alcancen los **\$2,100**:

| Nivel | Suministro | Farmacia de pedido por correo | | Farmacia minorista | |
|---|------------|-------------------------------|--------------|--------------------|--------------|
| | | Preferido | Estándar | Preferido | Estándar |
| Nivel 1 Medicamentos genéricos preferidos | 30 días | \$0 | \$10 | \$0 | \$10 |
| | 90 días | \$0 | \$30 | \$0 | \$30 |
| Nivel 2 Medicamentos genéricos | 30 días | \$5 | \$20 | \$5 | \$20 |
| | 90 días | \$0 | \$60 | \$15 | \$60 |
| Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos | 30 días | \$47 | \$47 | \$47 | \$47 |
| | 90 días | \$141 | \$141 | \$141 | \$141 |
| Nivel 4 Medicamentos no preferidos | 30 días | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % |
| | 90 días | 50 % | 50 % | 50 % | 50 % |
| Nivel 5 Medicamentos de especialidad | 30 días | 30 % | 30 % | 30 % | 30 % |
| | 90 días | N/A | N/A | N/A | N/A |

Etapa de Cobertura de gastos excedentes

Usted reúne los requisitos para la etapa de Cobertura de gastos excedentes cuando los costos de desembolso anuales de sus medicamentos alcanzan los **\$2,100**.

Una vez que se encuentre en la etapa de Cobertura de gastos excedentes, pagará **\$0** por todos los medicamentos cubiertos de la Parte D durante el resto del año.

*Su costo compartido también puede diferir según la etapa de cobertura de la Parte D en la que se encuentre, el tipo o estado de farmacia (como preferida/no preferida, pedido por correo, atención a largo plazo [LTC, por sus siglas 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 en lo que respecta a la cantidad de días de suministro según sus políticas de suministro.

Lo que paga por la insulina

- No pagará más de **\$35** por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.
- Si su insulina está en un nivel en el que el costo compartido es inferior a **\$35**, pagará el costo más bajo por su insulina.
- Si su plan tiene un deducible de la Parte D, se aplicará lo anterior incluso si usted no ha pagado su deducible.

Asignación dental: Los servicios dentales preventivos e integrales se administran a través de Cigna Health and Life Insurance Company y, en New York, a través de Cigna Health and Life Adjuster Services. No todos los servicios dentales están cubiertos. Consulte la Guía de asignaciones dentales para obtener más información.

Los beneficios, las características y/o los dispositivos varían según el plan/área de servicio. Pueden aplicarse limitaciones, copagos, exclusiones y restricciones. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Las personas pueden inscribirse en un plan únicamente en determinados momentos del año y deben tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted debe vivir en el área de servicio del plan para inscribirse en un plan HealthSpring Medicare Advantage. Es necesario obtener una autorización previa o referencias para determinados servicios. Esta información no es una descripción completa de los beneficios.

Los proveedores que se encuentren fuera de la red o que no tengan contrato no tendrán la obligación de tratar a los miembros de HealthSpring Medicare Advantage, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que aparece a continuación o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Para presentar una queja relacionada con comercialización, póngase en contacto con HealthSpring llamando al número de Servicio al Cliente que aparece a continuación o llame al **1-800-MEDICARE** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana). Incluya el nombre del agente/corredor si es posible.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al **1-800-668-3813 (TTY 711)**. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 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 mensajes se puede utilizar los fines de semana, fuera del horario de atención y en feriados nacionales.

Los productos y servicios de HealthSpring se brindan exclusivamente por o a través de las subsidiarias operativas de Health Care Service Corporation, una compañía de reserva legal mutua. Health Care Service Corporation y sus afiliadas, HealthSpring Life and Health Insurance Company, HealthSpring of Florida, HealthSpring Healthcare of Colorado, Bravo Health of Pennsylvania, Bravo Health Mid-Atlantic, Medco Containment Life Insurance Company y Medco Containment Insurance Company of New York, tienen contrato con Medicare para ofrecer planes Medicare Advantage HMO y PPO y planes de medicamentos con receta (PDP, por sus siglas en inglés) de la Parte D en determinados estados, y con determinados programas estatales de Medicaid. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato. © 2025 Health Care Service Corporation. Todos los derechos reservados.