

2026

Resumen de beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

HealthSpring Courage (HMO) H4513-009

Plan únicamente con cobertura médica

Service Area:

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

1 | Introducción

HealthSpring Courage (HMO) 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. Excepto en situaciones de emergencia, si usa proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no paguemos por estos servicios.

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 Courage (HMO) |
|------------------------------------|--|
| 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> <p>Reduciremos su prima de la Parte B de Medicare en hasta \$120 por mes.</p> |
| Deducible médico | <p>Este plan no tiene un deducible.</p> |
| Límite de desembolso máximo | <p>Usted no paga más de \$4,300 cada año por los beneficios dentro de la red cubiertos por Medicare.</p> <p>Este límite no incluye la prima mensual del plan, si la hubiera.</p> |

3 | Beneficios médicos

| Beneficio | Lo que usted paga |
|---|--|
| <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 internado^{1,2} | |
| | Copago de \$375 por estadía. |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | |
| Hospital para pacientes ambulatorios ^{1,2} | <p>Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal.</p> <p>Copago de \$250 para todos los demás servicios ambulatorios.</p> |
| Observación de pacientes ambulatorios ^{1,2} | Copago de \$250 por estadía. |
| Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés) | |
| Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ^{1,2} | <p>Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal.</p> <p>Copago de \$200 para todos los demás servicios ambulatorios.</p> |
| Consultas al médico | |
| Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) | Copago de \$0 |
| Especialistas ^{1,2} | Copago de \$25 |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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> |
| Cuidado de emergencia | |
| Servicios de cuidado de emergencia | <p>Copago de \$130</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> |
| Cobertura de emergencia/urgencia/ transporte de emergencia en todo el mundo | <p>Copago de \$130</p> <p>Cantidad de cobertura máxima anual de \$50,000.</p> |
| Servicios urgentemente necesarios | |
| Servicios de cuidado de urgencia | <p>Copago de \$30</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> |
| 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 ^{1,2} | <p>Copago de \$0 para ECG.</p> <p>Copago de \$150 para todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico.</p> |
| Servicios de laboratorio ^{1,2} | Copago de \$0 |
| Pruebas genéticas ^{1,2} | Copago de \$50 |
| Radiología de diagnóstico (MRI, TC, etc.) ^{1,2} | Copago de \$0-\$200 |
| Radiología terapéutica ^{1,2} | Copago de \$85 |
| Servicios de radiografía ² | Copago de \$10 |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|--|---|
| Servicios de audición | |
| Exámenes de audición cubiertos por Medicare ² Exámenes de audición y equilibrio de diagnóstico. | Copago de \$25 |
| Examen de audición de rutina Se realiza un examen de audición de rutina anual. | Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año. |
| Evaluación/ajuste de audífonos | Copago de \$0 para 1 ajuste de audífonos por año |
| Audífonos Para que esté cubierto, deberá obtener su beneficio de audífonos a través de nuestro proveedor de audífonos. | Copago de \$399 a \$1,800 por dispositivo, limitado a 2 dispositivos por año. Su costo compartido real dependerá del audífono que elija. |
| Audífonos sin receta médica Para que esté cubierto, deberá obtener su kit de audífonos OTC a través de nuestro proveedor de audífonos OTC. | 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. |
| 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 \$25 |
| 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. Los proveedores fuera de la red pueden requerir el pago en el momento del servicio. |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|---|---|
| Cantidad de cobertura máxima | Asignación anual de \$1,500 para servicios dentales preventivos e integrales. |
| 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 \$25 para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare. |
| Productos ópticos cubiertos por Medicare | Copago de \$0 |
| Examen de la vista de rutina Usted tiene cobertura para un examen de la vista de rutina anual, incluida la refracción ocular. Para que estén cubiertos, deberá obtener sus servicios de la vista de rutina a través de un proveedor de nuestra red de proveedores de la vista. | Copago de \$0 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 \$250 . |
| Servicios de salud mental | |
| Pacientes internados ¹ | Copago de \$150 por día para los días 1-7. Copago de \$0 por día para los días 8-90. |
| Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios ¹ | Copago de \$0 |
| Servicios de acupuntura | |
| Acupuntura cubierta por Medicare ^{1,2} Servicios para dolor lumbar crónico. | Copago de \$20 |
| Ambulancia¹ | |
| Servicio terrestre (de ida o vuelta) | Copago de \$200 |
| Servicio aéreo (de ida o vuelta) | Coseguro del 20 % |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|--|---|
| 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. | Copago de \$0 |
| Apoyo para cuidadores | |
| Obtiene ayuda virtual con el cuidado y la búsqueda de recursos para seres queridos. Esto incluye información sobre el manejo del estrés y conexiones con necesidades sociales relacionadas con la salud. | Copago de \$0 para servicios de apoyo para cuidadores, incluido el asesoramiento individual por teléfono o a través del sitio web del programa. |
| Atención quiropráctica | |
| Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare ^{1,2} Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. | Copago de \$15 |
| 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. ² |
| 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. |
| Cuidado de los pies (servicios de podología) | |
| Servicios de podología cubiertos por Medicare ² 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 \$25 |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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. |
| 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. |
| 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 |
| 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. |
| Equipos y suministros médicos | |
| Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.) ¹ | Coseguro del 20 % |
| Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas, etc.) ¹ | Coseguro del 20 % |
| Suministros médicos ¹ | Coseguro del 20 % |
| 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. |

| Beneficio | Lo que usted paga |
|--|---|
| Medicamentos para quimioterapia/radioterapia de la Parte B de Medicare ¹ | Coseguro del 0 %-20 % |
| Otros medicamentos de la Parte B de Medicare ¹ | Coseguro del 0 %-20 % |
| Asignación para artículos sin receta médica (OTC, por sus siglas en inglés) | |
| <p>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.</p> <p>Use su asignación en nuestras tiendas minoristas participantes o para el servicio de entrega a domicilio.</p> | <p>Asignación de \$45 cada trimestre para artículos OTC elegibles.</p> <p>Los fondos se cargan automáticamente en su tarjeta HealthSpring Flex.</p> <p>Los montos que no se utilicen no se transferirán al trimestre siguiente ni al siguiente año del plan.</p> |
| Servicios de terapia de rehabilitación | |
| Servicios de terapia ocupacional ^{1,2} | Copago de \$25 |
| Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje ^{1,2} | Copago de \$25 |
| Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)¹ | |
| Usted tiene cobertura por hasta 100 días por período de beneficios. | <p>Copago de \$10 por día para los días 1-20.</p> <p>Copago de \$218 por día para los días 21-100.</p> |
| Telesalud: MDLIVE | |
| <p>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.</p> <p>Este servicio también ofrece atención dermatológica y de salud mental.</p> | <p>Copago de \$0 para cada visita de cuidado de urgencia que no es de emergencia.</p> <p>Copago de \$0 para cada visita de tratamiento de salud mental.</p> <p>Copago de \$25 para cada visita de atención dermatológica.</p> |
| Transporte¹ | |
| Usted obtiene transporte de rutina que no sea de emergencia hacia y desde centros de salud aprobados, como citas con médicos y dentistas. | <p>Copago de \$0 por 24 viajes de ida/vuelta de hasta 70 millas cada año a lugares aprobados por el plan.</p> <p>Para viajes que superen las 70 millas, el proveedor de transporte se comunicará con nosotros para obtener una autorización previa.</p> |

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.

