

2026

Resumen de beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP) H4513-060-005

Beneficios con el respaldo de una red exclusiva de proveedores

Service Area:

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

1 | Introducción

HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP) 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 en Medicaid, 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.

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 consultarlos 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.

Elegibilidad para Medicaid

Este plan está disponible para todos aquellos que tengan Medicare y asistencia médica completa o parcial del estado (Medicaid).

Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar en función del nivel de Medicaid y de *Ayuda adicional* que reciba. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

Si su categoría de elegibilidad para Medicaid cambia, su costo compartido también puede aumentar o disminuir. Debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para continuar recibiendo su cobertura de Medicare.

Puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de las siguientes categorías de Medicaid:

Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés): Si bien el estado de QMB le proporciona la cobertura de Medicaid de su costo compartido de Medicare, usted no es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Esto significa que Medicaid paga únicamente sus primas, deducibles y costos compartidos de la Parte A y Parte B. Medicaid no cubre sus copagos de medicamentos con receta de la Parte D ni paga por los servicios que la Parte A o la Parte B de Medicare no cubren.

Beneficiario Calificado de Medicare Plus

(QMB+, por sus siglas en inglés): Como QMB+, usted no solo obtiene la cobertura de Medicaid de su costo compartido de Medicare, sino que también es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles y costos compartidos de la Parte A y la Parte B. Esto significa que usted paga los copagos de sus medicamentos con receta de la Parte D, y nada más.

Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo

Especificado (SLMB, por sus siglas en inglés): Como SLMB, usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga únicamente su prima de la Parte B, y quedan excluidos los costos compartidos; sin embargo, es posible que algunos servicios no requieran que el miembro pague un costo compartido.

Beneficiario de Medicare con Ingreso

Bajo Especificado (SLMB+, por sus siglas en inglés): Como SLMB+, usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid. Además, Medicaid paga su prima de la Parte B. Asimismo, es posible que tenga disponible asistencia limitada adicional de la agencia de Medicaid de su estado, que le ayudará a pagar cualquier costo compartido de Medicare. Cuando tanto Medicare como Medicaid proporcionan cobertura para un servicio que usted recibe, su costo compartido generalmente es del 0 %; sin embargo, cuando Medicaid no proporciona cobertura para dicho servicio u otro beneficio, es posible que deba pagar un costo compartido.

Individuo Calificado (QI, por sus siglas en inglés): Como QI, usted no tiene los beneficios completos de Medicaid, por lo que Medicaid paga únicamente su prima de la Parte B y quedan excluidos los costos compartidos; sin embargo, es posible que algunos servicios no requieran que el miembro pague un costo compartido.

Individuo Trabajador Discapacitado Calificado (QDWI, por sus siglas en inglés): Como QDWI, usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga únicamente su prima de la Parte A. Si bien Medicaid no paga ningún costo compartido, es posible que algunos servicios no requieran que el miembro pague un costo compartido.

Beneficios completos con doble elegibilidad (FBDE, por sus siglas en inglés): Como FBDE, usted es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid; asimismo, Medicaid puede proporcionar asistencia limitada con los costos compartidos de Medicare. Cuando tanto Medicare como Medicaid proporcionan cobertura para un servicio que usted recibe, su costo compartido generalmente es del 0 %; sin embargo, cuando Medicaid no proporciona cobertura para dicho servicio u otro beneficio, es posible que deba pagar un costo compartido.

2 | Prima, deducible y límites

Este plan está disponible para todos aquellos que tengan Medicare y asistencia médica completa o parcial del estado (Medicaid). Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar en función del nivel de Medicaid y de *Ayuda adicional* que reciba. Comuníquese con nosotros para obtener más detalles.

Beneficio	HealthSpring TotalCare (HMO D-SNP)
Prima mensual del plan	<p>Usted paga \$0 por mes con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+).</p> <p>Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.</p> <p>Usted paga \$0 por mes con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido.</p> <p>Además, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.</p>
Deducible médico	Este plan no tiene un deducible.
Límite de desembolso máximo	<p>Usted no paga más de \$3,450 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, ni el costo compartido para los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D.</p> <p>En este plan, usted no paga nada por los servicios cubiertos por Medicare si recibe protección completa de Medicare para el costo compartido.</p>

3 | Beneficios médicos

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido

Es posible que los servicios con un ¹ requieran autorización previa. Determinados servicios o medicamentos pueden necesitar nuestra aprobación para que usted pueda recibirlas.

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.

Cobertura hospitalaria como paciente internado^{1,2}

	Copago de \$0 por estadía.	Copago de \$190 por día para los días 1-5. Copago de \$0 por día para los días 6-90. Copago de \$0 por día a partir del día 91.
--	-----------------------------------	--

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Hospital para pacientes ambulatorios ^{1,2}	Coseguro del 0 %	Coseguro del 0 % por procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Coseguro del 20 % para todos los demás servicios ambulatorios.
Observación de pacientes ambulatorios ^{1,2}	Coseguro del 0 %	Coseguro del 20 %

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés)		
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ^{1,2}	Coseguro del 0 %	Coseguro del 0 % por procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Coseguro del 20 % para todos los demás servicios ambulatorios.
Consultas al médico		
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	Copago de \$0
Especialistas ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0
Cuidado preventivo		
Usted tiene cobertura para muchos servicios de cuidado preventivo cubiertos por Medicare, como los siguientes: <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 	Copago de \$0 para servicios de cuidado preventivo cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Cualquier servicio de cuidado preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. La mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster, podrían estar cubiertas sin costo alguno para usted.	Copago de \$0 para servicios de cuidado preventivo cubiertos por Original Medicare sin costo compartido. Cualquier servicio de cuidado preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto. La mayoría de las vacunas de la Parte D, como la vacuna contra el herpes zóster, podrían estar cubiertas sin costo alguno para usted.

Beneficio	Lo que usted paga	
Cuidado de emergencia	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
Servicios de cuidado de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$150 Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no paga este costo compartido.
Cobertura de emergencia/urgencia/transporte de emergencia en todo el mundo	Copago de \$150 Cantidad de cobertura máxima anual de \$50,000 .	Copago de \$150 Cantidad de cobertura máxima anual de \$50,000 .
Servicios urgentemente necesarios		
Servicios de cuidado de urgencia	Copago de \$0	Copago de \$20 Si lo internan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no paga este costo compartido.
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}	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de laboratorio ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0
Pruebas genéticas ^{1,2}	Copago de \$50	Copago de \$50
Radiología de diagnóstico (MRI, TC, etc.) ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0
Radiología terapéutica ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de radiografía ²	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de audición		
Exámenes de audición cubiertos por Medicare ²	Copago de \$0	Copago de \$0
Exámenes de audición y equilibrio de diagnóstico.		
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.	Copago de \$0 para 1 examen de audición de rutina por año

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
Evaluación/ajuste de audífonos	Copago de \$0 para 1 ajuste de audífonos por año	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.	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.	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 Medicare¹
Servicios dentales limitados. Esto no incluye servicios como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales.

Copago de **\$0**

Copago de **\$0**

Servicios dentales preventivos e integrales

Asignación para atención dental
Ayuda a pagar la mayoría de los servicios dentales preventivos e integrales.
Debe consultar a un proveedor de la red Cigna Dental Allowance (DPPO).
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 de Cigna Dental Allowance (DPPO) le facturarán directamente a nuestro proveedor de asignaciones dentales.

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
Cantidad de cobertura máxima	Asignación anual de \$3,000 para servicios dentales preventivos e integrales.	Asignación anual de \$3,000 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 \$0 para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare.	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 \$0 para todos los demás servicios de la vista cubiertos por Medicare.
Productos ópticos cubiertos por Medicare 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	Copago de \$0
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 \$400 .	\$0 hasta que haya gastado su asignación anual de \$400 .

Beneficio	Lo que usted paga	
Servicios de salud mental	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
Pacientes internados ¹	Copago de \$0 por estadía.	Copago de \$190 por día para los días 1-5. Copago de \$0 por día para los días 6-90.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios ¹	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de acupuntura		
Acupuntura cubierta por Medicare ^{1,2} Servicios para dolor lumbar crónico.	Copago de \$0	Copago de \$0
Ambulancia ¹		
Servicio terrestre (de ida o vuelta)	Coseguro del 0 %	Coseguro del 20 %
Servicio aéreo (de ida o vuelta)	Coseguro del 0 %	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.	Copago de \$0	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.	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 \$0	Copago de \$0

Beneficio	Lo que usted paga	
Suministros y servicios para la diabetes	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
<p>Suministros para el control de la diabetes, plantillas o calzados terapéuticos y capacitación para el autocontrol de la diabetes.</p> <p>La cobertura de ciertos suministros puede depender de la marca.</p> <p>Consulte su <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener detalles.</p>	<p>Copago de \$0 para suministros para el monitoreo de la diabetes.¹</p> <p>Coseguro del 0 % para plantillas o calzados terapéuticos.¹</p> <p>Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes.²</p>	<p>Copago de \$0 para suministros para el monitoreo de la diabetes.¹</p> <p>Coseguro del 20 % para plantillas o calzados terapéuticos.¹</p> <p>Copago de \$0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes.²</p>
Programas de acondicionamiento físico y bienestar		
<p>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.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los kits están sujetos a disponibilidad y a cambios. Una vez seleccionados, los kits no pueden cambiarse.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los kits están sujetos a disponibilidad y a cambios. Una vez seleccionados, los kits no pueden cambiarse.</p>
Cuidado de los pies (servicios de podología)		
<p>Servicios de podología cubiertos por Medicare²</p> <p>Exámenes o tratamientos para pies a cargo de un podólogo si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes o requiere tratamiento médica necesario para lesiones o enfermedades del pie.</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>Copago de \$0</p>
Tarjeta HealthSpring Flex		
<p>Use su tarjeta HealthSpring Flex para acceder fácilmente a ciertos beneficios de asignación que pueden formar parte de su plan.</p>	<p>Los montos dependen de los beneficios de su plan.</p> <p>Los fondos se cargan 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>	<p>Los montos dependen de los beneficios de su plan.</p> <p>Los fondos se cargan 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>

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
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.	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	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.	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 0 %	Coseguro del 20 %
Dispositivos protésicos y ortopédicos (aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas, etc.) ¹	Coseguro del 0 %	Coseguro del 20 %
Suministros médicos ¹	Coseguro del 0 %	Coseguro del 20 %

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido

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	Copago de \$0	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.
Medicamentos para quimioterapia/ radioterapia de la Parte B de Medicare ¹	Coseguro del 0 %	Coseguro del 0 %–20 %
Otros medicamentos de la Parte B de Medicare ¹	Coseguro del 0 % 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 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> .

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 apósticos, aspirina, medicamentos para el resfriado y la sinusitis, vitaminas y más. Use su asignación en nuestras tiendas minoristas participantes o para el servicio de entrega a domicilio.

Asignación de **\$200** 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.

Asignación de **\$200** 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.

Servicios de terapia de rehabilitación

Servicios de terapia ocupacional ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje ^{1,2}	Copago de \$0	Copago de \$0

Beneficio	Lo que usted paga	
	Con protección completa de costos compartidos de Medicare (QMB, QMB+, SLMB+)	Con asistencia de FBDE, SLMB, QI y QDWI para el costo compartido
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 estadía	Copago de \$20 por día para los días 1-20. Copago de \$218 por día para los días 21-100.
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 \$0 para cada visita de tratamiento de salud mental. Copago de \$0 para cada visita de atención dermatológica.	Copago de \$0 para cada visita de cuidado de urgencia que no es de emergencia. Copago de \$0 para cada visita de tratamiento de salud mental. Copago de \$0 para cada visita de atención dermatológica.
Transporte¹		
Usted obtiene transporte de rutina que no sea de emergencia hacia y desde centros de salud aprobados, como citas con médicos y dentistas.	Copago de \$0 por viajes de ida/vuelta ilimitados de hasta 70 millas cada año a lugares aprobados por el plan. Para viajes que superen las 70 millas, el proveedor de transporte se comunicará con nosotros para obtener una autorización previa.	Copago de \$0 por viajes de ida/vuelta ilimitados de hasta 70 millas cada año a lugares aprobados por el plan. Para viajes que superen las 70 millas, el proveedor de transporte se comunicará con nosotros para obtener una autorización previa.

4 | Beneficios de medicamentos con receta

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir (y ya están recibiendo) la *Ayuda adicional* de Medicare, lo que los ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta de la Parte D. Esta tabla muestra las cantidades de costo compartido para los medicamentos de la Parte D cubiertos por este plan si usted recibe *Ayuda adicional*:

Deductible de la Parte D

Deductible de **\$0** para aquellos que califican para recibir *Ayuda adicional*.

Etapa de cobertura inicial

Si recibe *Ayuda adicional*, usted paga lo siguiente durante esta etapa hasta que los costos de desembolso anuales por sus medicamentos alcancen los **\$2,100**. Su costo compartido se basa en su nivel de *Ayuda adicional*:

Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos):	<ul style="list-style-type: none">copago de \$0 ocopago de \$1.60 ocopago de \$5.10
Todos los demás medicamentos:	<ul style="list-style-type: none">copago de \$0 ocopago de \$4.90 ocopago de \$12.65

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.

5 | Beneficios cubiertos por Medicaid

Esta sección brinda información para personas que tienen Medicare y Medicaid, es decir, aquellas personas que tienen "doble elegibilidad".

Tener "doble elegibilidad" significa que, además de estar cubierto por los beneficios de Medicare descritos anteriormente en este *Resumen de beneficios*, usted también está cubierto por los beneficios de Medicaid proporcionados por el estado, que se enumeran a continuación:

- Servicios de ambulancia
- Dispositivos de comunicación asistida
- Medición de la masa ósea
- Rehabilitación cardíaca
- Servicios quiroprácticos
- Exámenes de detección colorrectal (para personas mayores de 45 años)
- Servicios dentales (para personas de 20 años o menos, o de 21 años o más en un centro de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual [ICF-IID, por sus siglas en inglés]).
- Suministros para diabéticos (incluye tiras reactivas, lancetas y pruebas de detección)
- Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología
- Elección de médico y hospital
- Visitas al consultorio del médico
- Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno)
- Cuidado de emergencia
- Enfermedad renal terminal
- Educación sobre salud/bienestar (asesoramiento nutricional para niños, programas para dejar de fumar para mujeres embarazadas y exámenes anuales para adultos)
- Servicios de audición
- Cuidado de la salud en el hogar (incluye atención de enfermería especializada intermitente médica necesaria, servicios de asistencia de salud en el hogar, servicios de enfermería privada y servicios de cuidados personales)
- Atención de enfermos terminales
- Inmunizaciones
- Atención hospitalaria como paciente internado
- Cuidado de la salud mental como paciente internado
- Mamografías (examen anual)
- Dispositivos ortopédicos y protésicos (incluye aparatos ortopédicos, prótesis ortopédicas y ojos, etc.)
- Cuidado de la salud mental como paciente ambulatorio
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios
- Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios
- Trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios (evaluación, tratamiento/desintoxicación ambulatorios y tratamiento asistido con medicamentos [MAT, por sus siglas en inglés])
- Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos (para mujeres)
- Servicios de podología
- Medicamentos con receta
- Exámenes de detección de cáncer de próstata
- Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) (en un SNF certificado por Medicare)
- Servicios de telemedicina
- Servicios de teleodontología
- Servicios de telesalud
- Servicios de telemonitoreo en el hogar

- Transporte (de rutina)
- Cuidado urgentemente necesario
- Servicios de la vista

Tenga en cuenta que todos los servicios cubiertos por Medicaid pueden cambiar en cualquier momento.

Si desea obtener la información sobre cobertura más reciente de Medicaid de su estado, o si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado al:

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas

1-800-252-8263 (TTY 1-800-735-2989)
<https://www.hhs.texas.gov/>

6 | Administración del cuidado

Apoyo personalizado en su recorrido hacia el cuidado de la salud

Administrar el cuidado de su salud puede ser abrumador, pero no tiene por qué hacerlo solo. Puede obtener apoyo personalizado de uno de nuestros administradores de cuidado en cada paso de su recorrido hacia el cuidado de la salud. Y no hay ningún costo adicional para usted.

Beneficios de trabajar con un administrador de cuidado:



Orientación y apoyo

Un administrador de cuidado puede:

- Ayudarle a crear un plan para alcanzar sus objetivos de salud.
- Responder sus preguntas e inquietudes sobre el manejo de su salud y bienestar.
- Ayudar a usted y a sus cuidadores a comprender mejor sus afecciones médicas, opciones de tratamiento y medicamentos.
- Guiarlo en medio de una transición hacia y desde un centro de cuidado de la salud.



Coordinación y recursos de cuidado

Un administrador de cuidado puede:

- Trabajar con sus proveedores de cuidado de la salud para desarrollar y administrar su plan de cuidado general.
- Coordinar referencias para diferentes servicios, como cuidado de la salud en el hogar, equipo médico duradero y más.
- Ayudarle a encontrar lo siguiente:
 - Transporte para asistir a las citas.
 - Programas de asistencia financiera u otras formas de reducir costos.
 - Programas que incluyen un equipo de enfermeros, trabajadores sociales, dietistas, terapeutas respiratorios, especialistas en salud conductual y más.
 - Recursos que van más allá del tratamiento médico, como educación sobre afecciones médicas complejas.

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 planes HealthSpring TotalCare están disponibles para todos aquellos que tengan Medicare y asistencia médica completa o parcial del estado (Medicaid). Los planes HealthSpring TotalCare Plus están disponibles para todos aquellos que tengan Medicare y asistencia médica completa del estado (Medicaid). Las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles pueden variar en función del nivel de Medicaid y de *Ayuda adicional* que reciba. Comuníquese con el plan para conocer la disponibilidad de estos servicios.

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.