

2026

Resumen de beneficios

1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

HealthSpring Preferred (HMO) H4513-061-005

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 Preferred (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.

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 Preferred (HMO)
Prima mensual del plan	Usted paga \$0 por mes. Además, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible médico	Este plan no tiene un deducible.
Límite de desembolso máximo	Usted no paga más de \$3,400 cada año por los beneficios dentro de la red cubiertos por Medicare. 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.

3 | Beneficios médicos

Beneficio	Lo que usted paga
Es posible que los servicios con un ¹ requieran autorización previa. Determinados servicios o medicamentos pueden necesitar nuestra aprobación para que usted pueda recibirlos. 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 \$170 por día para los días 1-6. Copago de \$0 por día para los días 7-90.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Hospital para pacientes ambulatorios ^{1,2}	Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Copago de \$225 para todos los demás servicios ambulatorios.
Observación de pacientes ambulatorios ^{1,2}	Copago de \$225 por estadía.
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés)	
Servicios de centros quirúrgicos ambulatorios ^{1,2}	Copago de \$0 para procedimientos quirúrgicos durante un examen de detección colorrectal. Copago de \$175 para todos los demás servicios ambulatorios.
Consultas al médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0
Especialistas ^{1,2}	Copago de \$15

Beneficio	Lo que usted paga
Cuidado preventivo	
Usted tiene cobertura para muchos servicios de cuidado preventivo cubiertos por Medicare, como los siguientes: - 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.
Cuidado de emergencia	
Servicios de cuidado de emergencia	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.
Servicios urgentemente necesarios	
Servicios de cuidado de urgencia	Copago de \$30 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 para ECG. Copago de \$100 para todos los demás procedimientos y pruebas de diagnóstico.
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-\$150
Radiología terapéutica ^{1,2}	Copago de \$85
Servicios de radiografía ²	Copago de \$0

Beneficio	Lo que usted paga
Servicios de audición	
Exámenes de audición cubiertos por Medicare ² Exámenes de audición y equilibrio de diagnóstico.	Copago de \$15
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 \$15
Servicios dentales preventivos	
Exámenes bucales	Copago de \$0
Limpiezas	Copago de \$0
Tratamientos con flúor	Copago de \$0
Radiografías dentales	Copago de \$0
Servicios dentales integrales	
Servicios de restauración (como empastes y coronas)	Copago de \$0-\$550
Endodoncia (como tratamientos de conducto)	Copago de \$0-\$675
Periodoncia (como raspado y alisado radicular)	Copago de \$0-\$595
Prostodoncia (como dentaduras postizas)	Copago de \$25-\$615
Cirugía bucal (como extracciones)	Copago de \$0

Beneficio	Lo que usted paga
Para revisar una lista completa de los servicios cubiertos y lo que pagará, consulte su Guía dental. Encuéntrala 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.	Este beneficio es administrado por Cigna Dental. Este es nuestro proveedor de servicios dentales. Debe elegir un dentista general de la red Cigna Dental Care (DHMO) para que sea su dentista principal.
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 \$15 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: • 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 \$300.
Servicios de salud mental	
Pacientes internados¹	Copago de \$195 por día para los días 1-6. Copago de \$0 por día para los días 7-90.
Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios¹	Copago de \$0

Beneficio	Lo que usted paga
Servicios de acupuntura	
Acupuntura cubierta por Medicare ^{1,2} Servicios para dolor lumbar crónico.	Copago de \$15
Ambulancia¹	
Servicio terrestre (de ida o vuelta)	Copago de \$230
Servicio aéreo (de ida o vuelta)	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
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 \$20
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.

Beneficio	Lo que usted paga
Cuidado de los pies (servicios de podología)	
Servicios de podología cubiertos por Medicare² 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 \$15
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 %

Beneficio	Lo que usted paga
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.
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 % 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 \$105 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 \$15
Servicios de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje ^{1,2}	Copago de \$15
Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)¹	
Usted tiene cobertura por hasta 100 días por período de beneficios.	Copago de \$20 por día para los días 1-20. Copago de \$218 por día para los días 21-100.

Beneficio	Lo que usted paga
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 \$15 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.

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 **\$200** 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	\$5	\$0	\$5
	100 días	\$0	\$15	\$0	\$15
Nivel 2 Medicamentos genéricos	30 días	\$2	\$10	\$2	\$10
	100 días	\$0	\$30	\$6	\$30
Nivel 3 Medicamentos de marca preferidos	30 días	\$47	\$47	\$47	\$47
	100 días	\$141	\$141	\$141	\$141
Nivel 4 Medicamentos no preferidos	30 días	50 %	50 %	50 %	50 %
	100 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.

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