

2023

Tufts Health Direct

# Manual del Miembro

Este plan de salud cumple con los estándares de Cobertura Mínima Acreditable y cumplirá con el mandato individualde que tenga seguro médico. Para obtener información adicional, consulte la página 13.

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de enero de 2023

Número de formulario: EOC-DIRECT-003 Ed. 1-2023



a Point32Health company



6496 05052023

# LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

## Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **888.257.1985**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

### **Tufts Health Plan**

Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.

1 Wellness Way

Canton, MA 02021-1166

Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]

Fax: 617.972.9048

Email: [OCRCoordinator@point32health.org](mailto:OCRCoordinator@point32health.org)

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

### **U.S. Department of Health and Human Services**

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

[tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) | **888.257.1985**

For no-cost translation in English, call **888.257.1985**.

**Arabic** للحصول على خدمة الترجمة المجانية باللغة العربية، يرجى الاتصال على الرقم **888.257.1985**

**Chinese** 若需免費的中文版本，請撥打 **888.257.1985**。

**French** Pour demander une traduction gratuite en français, composez le **888.257.1985**.

**German** Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: **888.257.1985**.

**Greek** Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο **888.257.1985**.

**Haitian Creole** Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele **888.257.1985**.

**Igbo** Maka ntughari asusu n'Igbo na akwughị ugwo, kpoo **888.257.1985**.

**Italian** Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero **888.257.1985**.

**Japanese** 日本語の無料翻訳については **888.257.1985** に電話してください。

**Khmer (Cambodian)** សម្រាប់សេវាកម្រិតដោយឥតគិតថ្លៃ ជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **888.257.1985**។

**Korean** 한국어로 무료 통역을 원하시면, **888.257.1985** 로 전화하십시오.

**Kru** Inyu yangua ndonōl ni Kru sébèl **888.257.1985**.

**Laotian** ສໍາລັບການແປພາສາແບບພາສາລາວທີ່ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໃບຫາບີ **888.257.1985**.

**Navajo** Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **888.257.1985**.

**Persian** برای ترجمه رایگان به فارسی به شماره تلفن **888.257.1985** زنگ بزنید.

**Polish** Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer **888.257.1985**.

**Portuguese** Para tradução grátis para português, ligue para o número **888.257.1985**.

**Russian** Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру **888.257.1985**.

**Spanish** Para servicio de traducción gratuito en español, llame al **888.257.1985**.

**Tagalog** Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **888.257.1985**.

**Vietnamese** Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số **888.257.1985**.

**Yorùbá** Fún isé ògbùfò l'ófè ní Yorùbá, pe **888.257.1985**.

# Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>8</b>
<b>Contáctenos</b> .....	<b>8</b>
<b>Traducción</b> .....	<b>8</b>
<b>Llámenos</b> .....	<b>9</b>
<b>EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA</b> .....	<b>9</b>
<b>EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA</b> .....	<b>9</b>
<b>Horario de atención de Servicios para Miembros</b> .....	<b>10</b>
<b>Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine</b> .....	<b>10</b>
<b>iVisítenos en la web!</b> .....	<b>10</b>
<b>Treatment Cost Estimator (Calculadora del costo del tratamiento)</b> .....	<b>11</b>
<b>Fraude, derroche y uso indebido</b> .....	<b>11</b>
<b>Sus inquietudes</b> .....	<b>11</b>
<b>LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL</b> .....	<b>12</b>
<b>Le damos la bienvenida</b> .....	<b>13</b>
<b>Traducción y otros formatos</b> .....	<b>13</b>
<b>Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct</b> .....	<b>13</b>
<b>Cobertura mínima acreditable y requisitos obligatorios para el seguro de salud</b> .....	<b>14</b>
<b>Costos de la atención de la salud</b> .....	<b>14</b>
<b>Primas</b> .....	<b>14</b>
<b>Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas y Planes ConnectorCare</b> .....	<b>14</b>
<b>Costos Compartidos</b> .....	<b>15</b>
Coaseguro .....	15
Copagos .....	15
Deducibles.....	15
Desembolso Máximo .....	16
Año de Beneficios .....	16
<b>Cómo recibir la atención que necesita</b> .....	<b>17</b>
<b>Su Tarjeta de Identificación de Miembro</b> .....	<b>17</b>
<b>Su PCP gestiona su atención</b> .....	<b>18</b>
<b>Asignación del PCP</b> .....	<b>18</b>

<b>Especialistas.....</b>	<b>19</b>
<b>Segundas opiniones .....</b>	<b>19</b>
<b>Atención de Emergencia .....</b>	<b>19</b>
<b>Atención de Urgencia .....</b>	<b>20</b>
<b>Servicios de Hospital .....</b>	<b>21</b>
<b>Cómo recibir atención fuera del horario de atención .....</b>	<b>21</b>
<b>Cómo recibir atención cuando está lejos de casa (fuera del Área de Servicio) .....</b>	<b>22</b>
<b>Cómo obtener información sobre los Proveedores de Tufts Health Direct...22</b>	<b>22</b>
<b>Administración de la Utilización.....</b>	<b>23</b>
<b>Pautas de Necesidad Médica y de Revisión de la Utilización, y pautas de revisión.....</b>	<b>23</b>
<b>Autorización Previa .....</b>	<b>24</b>
<b>Solicitud de Autorización Previa .....</b>	<b>25</b>
Solicitudes de Servicios Médicos y de Salud Conductual.....	25
Solicitudes de farmacia (medicamentos) .....	25
<b>Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas .....</b>	<b>26</b>
<b>Revisión concurrente.....</b>	<b>26</b>
<b>Medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación .....</b>	<b>27</b>
<b>Reconsideración de una Determinación Adversa .....</b>	<b>27</b>
<b>Continuidad de la Atención .....</b>	<b>27</b>
<b>Miembros nuevos .....</b>	<b>27</b>
<b>Miembros actuales .....</b>	<b>28</b>
<b>Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención .....</b>	<b>28</b>
<b>Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción .....</b>	<b>29</b>
<b>Elegibilidad de Familiares Dependientes .....</b>	<b>30</b>
<b>Divorcio o separación .....</b>	<b>30</b>
<b>Hijos recién nacidos y Adoptivos: elegibilidad, inscripción y cobertura .....</b>	<b>31</b>
<b>Elegibilidad del empleado.....</b>	<b>31</b>
<b>Cambio en el estado de elegibilidad .....</b>	<b>31</b>
<b>Sin Período de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes .....</b>	<b>32</b>
<b>Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura.....</b>	<b>32</b>
<b>Renovación de su cobertura .....</b>	<b>32</b>

Suscriptores individuales y familiares de Tufts Health Direct..... 32

Participantes de un Plan Grupal ..... 33

No renovación del plan ..... 34

**Cancelación de la inscripción..... 34**

    Fecha de entrada en vigor del término de la cobertura ..... 34

    Beneficios después del término ..... 35

**Cambios en el plan de salud ..... 35**

**Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo.....36**

**Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley federal (COBRA) ..... 36**

**Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts ..... 38**

**Servicios Cubiertos .....40**

**Beneficios médicos cubiertos ..... 40**

        Servicios de aborto ..... 40

        Nota: la atención relacionada con un embarazo o aborto espontáneo no está cubierta por este beneficio. .... 41

        Acupuntura ..... 41

        Pruebas y tratamiento de alergias ..... 41

        Cirugía bariátrica ..... 41

        Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica ..... 41

        Atención quiropráctica ..... 41

        Paladar hendido/labio leporino ..... 41

        Ensayos clínicos..... 41

        Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio ..... 42

        Servicios dentales (solo Pediátricos) ..... 42

        Tratamiento de la diabetes ..... 42

        Diálisis ..... 43

        Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)..... 43

        Servicios de intervención temprana ..... 44

        Transporte de Emergencia y de no Emergencia ..... 44

        Servicios de Planificación Familiar ..... 44

        Reembolso de centro de acondicionamiento físico ..... 45

        Servicios de afirmación de género ..... 45

Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla)	45
Atención médica a domicilio	46
Cuidados paliativos	46
Vacunación	47
Servicios de infertilidad	47
Atención médica para pacientes hospitalizados	49
Cirugía para pacientes hospitalizados	49
Atención de maternidad	50
Medicamentos administrados por un profesional de la salud	52
Fórmulas médicas	52
Asesoramiento nutricional	52
Análisis de laboratorio, imágenes radiológicas y otros exámenes de diagnóstico para Pacientes Externos	52
Cirugía para Pacientes Externos	53
Control del dolor	53
Podología	54
Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud	54
Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar	55
Telehealth	55
Cuidado de la vista	55
Reembolso de programas para bajar de peso	56
<b>Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos</b>	<b>56</b>
Servicios de Salud Conductual (tratamiento de salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Externos	56
Servicios Intermedios de Salud Conductual	57
Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Hospitalizados	58
Servicios adicionales de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)	62
Ley de paridad en la salud mental	63
<b>Medicamentos cubiertos y farmacias</b>	<b>64</b>
Programa de farmacia	64
Programa de medicamentos que requieren Autorización Previa	64

Formulario .....	64
Programa de terapia escalonada .....	64
Cantidad límite .....	64
Sincronización de los Medicamentos (Med Sync).....	65
Programa de farmacia de especialidad .....	65
Medicamentos genéricos .....	65
Beneficio de 90 días de medicamentos recetados en una farmacia .....	65
Medicamentos nuevos en el mercado.....	65
Medicamentos y suministros recetados cubiertos .....	65
Medicamentos que no están en el Formulario .....	66
Exclusiones.....	66
Solicitudes de excepción .....	67
<b>Si recibe una factura por un Servicio Cubierto.....</b>	<b>68</b>
<b>Servicios no cubiertos.....</b>	<b>69</b>
<b>EXTRAS de Tufts Health Direct.....</b>	<b>73</b>
<b>Gestión de la Atención .....</b>	<b>75</b>
<b>Apoyo de salud y bienestar.....</b>	<b>75</b>
Programa de Salud Materno-Infantil .....	75
Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine .....	75
Ayuda para dejar de fumar.....	75
<b>Gestión de la Atención Integrada .....</b>	<b>75</b>
Servicios de Atención de la Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) .....	76
Transición de la Atención .....	77
Gestión de la Atención Compleja .....	77
Gestión de la Atención (CM por sus siglas en inglés) de la Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias).....	78
Salud Comunitaria .....	79
<b>Gestión de Calidad .....</b>	<b>79</b>
<b>Cómo resolver inquietudes .....</b>	<b>81</b>
<b>Consultas .....</b>	<b>81</b>
Quejas .....	81
Apelaciones .....	82

Proceso de Revisión Externa .....	85
<b>Limitación de Acciones .....</b>	<b>87</b>
<b>Preguntas o inquietudes.....</b>	<b>87</b>
<b>Sus derechos y responsabilidades .....</b>	<b>87</b>
<b>Sus derechos como Miembro .....</b>	<b>87</b>
<b>Sus responsabilidades como Miembro .....</b>	<b>88</b>
<b>Más información disponible para usted .....</b>	<b>88</b>
<b>Protección de sus beneficios .....</b>	<b>89</b>
<b>Cuando tiene otros seguros .....</b>	<b>89</b>
<b>Coordinación de Beneficios.....</b>	<b>90</b>
<b>Subrogación .....</b>	<b>91</b>
Derecho de Subrogación de Tufts Health Direct .....	91
Derecho de reembolso de Tufts Health Direct.....	91
Cooperación de los Miembros .....	92
Compensación del Trabajador.....	93
Fideicomiso Constructivo.....	93
Agente de Subrogación.....	93
Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo....	93
<b>Otras Disposiciones .....</b>	<b>94</b>
<b>Uso y Divulgación de Información Médica .....</b>	<b>94</b>
<b>Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores .....</b>	<b>94</b>
Tufts Health Plan y los Proveedores .....	94
Circunstancias Fuera del Control Razonable de Tufts Health Plan .....	94
<b>Anexo A: Glosario .....</b>	<b>95</b>
<b>Anexo B: Lista de Beneficios - Resumen de Beneficios y Costos Compartidos .....</b>	<b>107</b>
<b>Anexo C: Lista de Medicamentos Opioides de la Clasificación II y III .....</b>	<b>241</b>
<b>Anexo D: Mapa del Área de Servicio.....</b>	<b>243</b>

# Introducción

Este Manual contiene información completa sobre cómo funcionan los beneficios del plan de salud. Si quiere obtener información sobre cómo recibir atención cuando la necesite, qué servicios están cubiertos o con quién debe hablar cuando tenga preguntas, aquí encontrará las respuestas.

**Esta página incluye información importante que debe mantener a mano.**

## Contáctenos

**888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos

**TTY:** 711 (para personas con pérdida auditiva parcial o total)

**Sitio web:** [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin)

**Correo postal:** Tufts Health Plan, P.O. Box 524, Canton, MA 02021

## Traducción

Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción a 200 idiomas. Todos los servicios de traducción son gratis para los Miembros. Para una traducción gratuita al inglés, llame al **888.257.1985**.

**Arabic** العربية بالغة الترجمة المجانية خدمة على للحصول 888.257.1985 على الاتصال يرجى

**Chinese** 若需免費的中文版本，請撥打888.257.1985。

**French** Pour demander une traduction gratuite en français, composez le 888.257.1985.

**German** Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: 888.257.1985.

**Greek** Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο 888.257.1985.

**Haitian Creole** Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele 888.257.1985.

**Italian** Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero 888.257.1985.

**Japanese** 日本語の無料翻訳については 888.257.1985に電話してください。

**Khmer (Cambodian)** សម្រាប់សេវាបកប្រែឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទសេវាកម្ម 888.257.1985។

**Korean** 한국어로 무료 통역을 원하시면, 888.257.1985로 전화하십시오.

**Laotian** ສໍາລັບການແປພາສາ ຈາກພາສາອື່ນທີ່ບໍ່ໄດ້ລະບຸໃຫ້ຮູ້ຈັກ, ໃຫ້ໂທຫາ 888.257.1985.

**Navajo** Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 888.257.1985.

**Persian.** بزرگ 888.257.1985 نین شماره به ناری به رایگان ترجمه برای

**Polish** Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer 888.257.1985.

**Portuguese** Para tradução grátis para português, ligue para o número 888.257.1985.

**Russian** Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру 888.257.1985.

**Spanish** Para servicio de traducción gratuito en español, llame al 888.257.1985.

**Tagalog** Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888.257.1985.

**Vietnamese** Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số 888.257.1985.

## Llámenos

- **Si se muda o cambia su número de teléfono**

No se arriesgue a perder sus beneficios de salud por no poder localizarlo. Si se muda, debe llamar al intercambio o al administrador correspondiente y a Tufts Health Plan, ya sea que esté inscrito a través de Health Connector o un Administrador de Inscripción (por ejemplo, HSA Insurance), para indicarnos la dirección y el número de teléfono nuevos. Además, debería poner los apellidos de todos los Miembros de Tufts Health Direct en el buzón de su casa. Es posible que la oficina de correos no entregue la correspondencia de Health Connector, de su Administrador de Inscripción, a alguien cuyo nombre no aparezca en el buzón.

Si se muda, llame al Centro de Servicio al Cliente de Health Connector al 877.623.6765 (TTY: 877.623.7773), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.; al Centro de Servicio al su Administrador de inscripción (HSA insurance) al 781.228.2222 (sin costo: 877.777.4414) y a Tufts Health Plan al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, para actualizar su información de contacto.

Además, infórmele a Health Connector sobre cualquier cambio en sus ingresos, en el tamaño de su familia, su situación laboral o estado de discapacidad, o si tiene algún seguro médico adicional.

- **Para saber si otros miembros de su grupo familiar son elegibles para un plan de salud asequible**

Si otras personas en su hogar pueden ser elegibles para un plan de salud asequible, ¡podemos ayudarle! Llámenos al 888.257.1985. También pueden llamar al Centro de Servicio al Cliente de Health Connector al 877.623.6765 (TTY: 877.623.7773), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

- **Si desea cambiar su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP por sus siglas en inglés)**

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo con solo llamarnos al **888.257.1985** o visitarnos en [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin).

## EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA

Actúe de inmediato si considera que está en una situación de Emergencia que pone en peligro su vida.

- Para Emergencias médicas o de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), llame al 911 o vaya a la sala de Emergencias más cercana de inmediato.
- Lleve consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct.
- Infórmele a su PCP y, si corresponde, a su Proveedor de Salud Conductual dentro de las 48 horas posteriores a una Emergencia para recibir la atención de seguimiento necesaria.
- Para una atención Urgente, que no sea de emergencia, consulte a continuación.

No se necesita una Autorización Previa para recibir atención de Emergencia, lo que incluye el transporte en ambulancia.

## EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA

Llame a su PCP o a su Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias).

Si necesita Atención de Urgencia por un problema que es grave, pero que no pone en riesgo su vida ni representa un riesgo permanente para su salud, llame a su PCP o a su Proveedor de Salud Conductual. Por lo general, su PCP o su Proveedor de Salud Conductual pueden atender estos problemas de salud. Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores o un Proveedor Sustituto, 24 horas al día, siete días a la semana.

La Línea de ayuda de salud conductual es una línea directa clínica disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, atendida por proveedores de salud conductual capacitados y entrenadores de pares que ofrecen evaluación clínica, referencias de tratamiento y servicios de clasificación de crisis. La línea de ayuda está disponible en más de 200 idiomas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Llame o envíe un mensaje de texto: 833-773-2445 o Chat en línea: [masshelpline.com](http://masshelpline.com).

Si está en el Área de Servicio, también puede ir a un Centro de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés) Independiente Dentro de la Red o a una MinuteClinic® (una Clínica de Servicios Médicos Limitados) en caso de necesitar Atención de Urgencia. Para obtener más información, consulte la página 20 sobre la Atención de Urgencia.

## Horario de atención de Servicios para Miembros

Si quiere hablar con un Representante de Servicios para Miembros que pueda responder sus preguntas, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

## Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine

Para obtener información general de salud y apoyo, llame a nuestra Línea de Enfermera 24/7 NurseLine al 888.MY.RN.LINE (888.697.6546) (TTY: 800.942.1859), 24 horas al día, siete días a la semana.

## ¡Visítenos en la web!

Visítenos en [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) para:

- Buscar un PCP, un Especialista o un centro de salud cerca de usted en nuestra Red de Tufts Health Direct.
- Buscar un Proveedor de Salud Conductual cerca de usted en nuestra Red de Tufts Health Direct. Si necesita ayuda para encontrar un Proveedor o para buscar información sobre sus beneficios de Salud Conductual o trastorno por consumo de sustancias, llámenos al 888.257.1985.
- Inscríbase en el portal seguro para Miembros, y así podrá:
- Cambiar su dirección o número de teléfono.
- Escoger o cambiar su PCP.
- Usar el centro de mensajería segura para enviarnos información y preguntas.
- Obtener respuestas a sus preguntas.
- Descargar los formularios para obtener sus EXTRAS de Tufts Health Direct.
- Recibir información importante sobre:
- Nuestro Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad.
- Nuestro Programa de Administración de la Utilización.
- Cómo usamos la información que sus Proveedores nos proporcionan para decidir qué servicios puede necesitar (Revisión de la Utilización).
- Cómo puede presentar una Queja o una Apelación.
- Cómo puede ejercer su derecho a solicitar una Revisión Externa si denegamos una Apelación, así como otros de sus derechos y responsabilidades.
- Cómo podemos recopilar, usar, proteger y divulgar su Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en inglés) y sus derechos en relación con ella.

## Treatment Cost Estimator (Calculadora del costo del tratamiento)

Tufts Health Plan ofrece una herramienta para calcular el costo de forma transparente para ayudar a los Miembros a calcular el costo de los Servicios Cubiertos. Para acceder a esta herramienta, debe registrarse en [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin). Después de registrarse, ingrese al portal para Miembros para acceder a la herramienta. Entre los ejemplos de información que puede encontrar utilizando "Treatment Cost Estimator" se incluyen:

- El costo aproximado o máximo permitido para una admisión, procedimiento o servicio propuesto.
- El monto aproximado que deberá pagar por admisiones, procedimientos o servicios que son Servicios Cubiertos (como Tarifas del Establecimiento y Montos de Costo Compartido), según la información disponible en Tufts Health Plan en el momento en que se hace la solicitud.

El cálculo de costos que genera la herramienta es vinculante en la medida en que lo exige la ley de Massachusetts. El monto real que podría tener que pagar puede variar debido a servicios imprevistos que surjan debido a la admisión, procedimiento o servicio propuesto.

Si tiene preguntas, llámenos al **888.257.1985**. Los Miembros con pérdida auditiva total o parcial deben llamar a nuestra línea TTY al 711 para recibir ayuda.

## Fraude, derroche y uso indebido

Es posible que tenga inquietudes sobre la facturación de servicios que nunca recibió o que su información de seguro haya sido robada o usada por un tercero. Para denunciar un posible Fraude o uso indebido de la atención de la salud o si tiene alguna pregunta, llámenos al 800.462.0224 o envíe un correo electrónico a [THPP\\_Claims\\_Fraud\\_and\\_Abuse@point32health.org](mailto:THPP_Claims_Fraud_and_Abuse@point32health.org).

Para obtener más información, consulte el Glosario al final de este Manual. También puede llamar a nuestra línea directa anónima al 877.824.7123 o enviarnos una carta anónima a:

Tufts Health Plan  
Attn: Fraud and Abuse  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

## Sus inquietudes

Si necesita llamar en relación con una inquietud o presentar una Apelación, comuníquese con un Representante de Servicios para Miembros al **888.257.1985**. Para presentar una Apelación o Queja por escrito, envíe su carta a:

Tufts Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

Fax: 857.304.6321

# LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

## Tufts Health Plan

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:
- Información impresa en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otro formato).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan llamando al **888.257.1985**.

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de cualquier manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una Queja a:

Tufts Health Plan  
Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

Teléfono: 888.880.8699, ext. 48000 (TTY: 711 o el 800.439.2370)  
Fax: 617.972.9048  
Correo electrónico: [OCRCoordinator@point32health.org](mailto:OCRCoordinator@point32health.org)

Puede presentar una Queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una Queja, el Coordinador de Derechos Civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono al 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697.

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Teléfono: 800.368.1019 (TTY: 800.537.7697)

Los formularios de quejas están disponibles en:

- <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin)
- [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com)
- 888.257.1985

# Le damos la bienvenida

Usted se merece una buena atención. Queremos que aproveche al máximo su membresía en Tufts Health Direct.

Trabajamos con una Red de médicos, Hospitales y otros Proveedores de alta calidad en todo Massachusetts para ofrecerle el mejor valor de la atención de la salud. Atendemos a los Miembros de Tufts Health Direct en la totalidad o en parte de los siguientes condados: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester. Para obtener una lista completa de nuestros Proveedores o para ver un mapa de nuestra Área de Servicio, visite [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin).

Para ayudarle a comprender lo que necesita saber sobre su plan de salud, hemos puesto con mayúscula inicial las palabras y los términos importantes en este Manual del Miembro. Puede ver las definiciones de estos términos en el Glosario, al final de este Manual.

Este plan lo ofrece Tufts Health Public Plans, Inc., que tiene licencia como una organización de mantenimiento de la salud en Massachusetts y realiza negocios con el nombre Tufts Health Plan.

## Traducción y otros formatos

Llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, si usted:

- Tiene alguna pregunta.
- Necesita este documento traducido en forma verbal.
- Necesita a alguien que le lea el presente Manual u otra información impresa.
- Quiere obtener más información sobre alguno de nuestros beneficios o Servicios Cubiertos.

Disponemos de personal bilingüe. Y ofrecemos servicios de traducción en 200 idiomas. Todos los servicios de traducción son gratis para los Miembros.

## Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct

Este *Manual del Miembro* (incluido el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para cada Nivel del Plan al final de este Manual), su Formulario y cualquier enmienda que podamos enviarle conforman su Evidencia de Cobertura.

Estos documentos son un contrato entre usted y Tufts Health Plan. Al enviar su solicitud de membresía a Tufts Health Direct, habrá solicitado la cobertura de Tufts Health Plan. También ha aceptado todos los términos y condiciones de Tufts Health Direct que establecimos, al igual que los términos y condiciones en este Manual.

Este Manual explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como Miembro de Tufts Health Direct.

También explica nuestras responsabilidades con usted. Si hubiera cambios importantes en el plan, le enviaremos una carta 60 Días antes de la entrada en vigor de los cambios.

# Cobertura mínima acreditable y requisitos obligatorios para el seguro de salud

La ley de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts de 18 años de edad en adelante tengan una cobertura de salud que cumpla los estándares de cobertura mínima acreditable que establece Health Connector, a menos que Health Connector los exonere por razones de asequibilidad o dificultades individuales. Para obtener más información, llame a Health Connector al 877.623.6765 (TTY: 877.623.7773) o visite el sitio web de Health Connector en [MAhealthconnector.org](http://MAhealthconnector.org).

Este plan de salud cumple los estándares de cobertura mínima acreditable como parte de la ley de reforma de la atención de la salud de Massachusetts y los estándares de cobertura mínima esencial de conformidad con la Ley de Asistencia Asequible. Si se inscribe en este plan, cumplirá los requisitos legales de tener un seguro de salud que cumpla estos estándares.

**ESTA DIVULGACIÓN ES PARA LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE. DEBIDO A QUE ESTOS ESTÁNDARES PUEDEN CAMBIAR, REVISE EL MATERIAL DE SU PLAN DE SALUD TODOS LOS AÑOS PARA DETERMINAR SI SU PLAN CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÁS ACTUALES.**

## Costos de la atención de la salud

### Primas

Una Prima es una factura mensual por sus beneficios de Tufts Health Direct. Si tiene un plan individual, debe pagar su Prima todos los meses a más tardar en la fecha de vencimiento que aparece en la factura para continuar con sus beneficios de salud. Siga las instrucciones de pago en la factura cuando pague sus Primas. Si tiene preguntas sobre su Prima, llame al número que aparece en la factura.

Si forma parte de un Grupo, tenga presente que el empleador paga su Prima y le enviaremos una notificación anual sobre la Prima que se debe pagar.

Si una persona o un Grupo se atrasa en el pago de las Primas exigidas (mora), es posible que cancelemos la cobertura, lo que podría incluir detener el pago de Reclamaciones hasta que recibamos el pago total de la Prima.

Además de la Prima, es posible que tenga que pagar el costo compartido. El costo compartido es lo que usted paga por beneficios de atención de la salud específicos (por ejemplo, visitas al consultorio, radiografías y recetas). El coaseguro, los copagos y los deducibles son ejemplos de costos compartidos y se explican con más detalle a continuación.

## Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas y Planes ConnectorCare

Es posible que sea elegible para un Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas si el ingreso de su grupo familiar es igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés). El Departamento de Salud y Servicios Humanos establece el FPL. Si es elegible para un Crédito Fiscal, el gobierno de los Estados Unidos pagará parte de sus Primas de Tufts Health Direct directamente a Tufts Health Plan. De forma alternativa, puede reclamar el Crédito cuando presente su declaración de impuestos del año.

Tenemos planes de bajo costo disponibles a través de Health Connector, incluidos planes con subsidios (ConnectorCare o Crédito Fiscal para Primas avanzado) para quienes cumplan los requisitos.

Es posible que además sea elegible para un Plan ConnectorCare de más bajo costo si el ingreso de su grupo familiar es igual o inferior al 300 % del FPL. Si es elegible, el Commonwealth of Massachusetts pagará parte de sus Primas de Tufts Health Direct directamente a Tufts Health Plan. Esto sería adicional a los créditos fiscales para los que podría ser elegible, lo que disminuiría aún más su parte del costo de la Prima.

Health Connector puede ayudarlo a averiguar si es elegible para un Plan ConnectorCare o para un Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas y, de ser así, de cuánto sería el Crédito.

# Costos Compartidos

## Coaseguro

El Coaseguro es un porcentaje fijo del monto total permitido que usted debe pagar por determinados Servicios Cubiertos. Después de alcanzar el Deducible correspondiente, usted será responsable de ese porcentaje fijo. Tufts Health Plan será responsable del resto del costo. Es posible que deba pagar el Coaseguro en la fecha del servicio. Si su Nivel del Plan exige Coaseguro, puede encontrar los porcentajes de Coaseguro en su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos.

**Nota:** El Coaseguro que pagó por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio de un Año de Beneficios no se aplica al Desembolso Máximo para el Año de Beneficios actual. Al inicio de cada Año de Beneficios, la acumulación comenzará en cero y desde ahí su Desembolso Máximo anual comenzará a acumularse nuevamente para el nuevo Año de Beneficios.

## Copagos

Los Copagos son montos fijos de dinero que usted adeuda cuando recibe atención o servicios, o cuando un Proveedor le envía una factura. Usted es responsable de pagar todos los Copagos que aparecen en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Nivel del Plan, que comienza después del Glosario. Los Servicios Preventivos no requieren ningún Copago. Pero deberá efectuar un Copago por la mayoría de los Servicios Cubiertos, como visitas a médicos, servicios de farmacia, imagenología avanzada (IRM, TEP, TC), visitas a la sala de Emergencias y atención que recibe en el Hospital. Si no paga el Copago al momento de su visita, le adeudará el dinero al Proveedor. El Proveedor puede usar un método legal para cobrarle el dinero. Tufts Health Plan no es responsable de pagar el Copago que usted le adeuda al Proveedor.

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska no tienen que pagar Copagos ni Coaseguros por servicios recibidos a través del Servicio de Salud para Indígenas. Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska que tengan un ingreso inferior al 300 % del FPL nunca pagarán Copagos ni Coaseguros, sin importar dónde reciban el servicio.

## Deducibles

Es posible que usted tenga un Deducible anual. El Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que Tufts Health Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos mostrará si usted tiene algún monto de Deducible. Es posible que tenga un Deducible médico y un Deducible de farmacia por separado o un Deducible médico y de farmacia combinado, dependiendo de su plan. Después de alcanzar su Deducible anual, es posible que aún deba pagar los Copagos y Coaseguros. Consulte su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para obtener información específica para su Nivel del Plan. Si su plan tiene un Deducible, tendrá uno de los siguientes tipos:

- **Deducible individual:** se aplicará un Deducible individual cuando usted tenga cobertura individual. Una vez que haya alcanzado el monto del Deducible individual, no tendrá Costos Compartidos adicionales del Miembro del Deducible para los Servicios Cubiertos durante el resto del Año de Beneficios. También puede aplicarse un Deducible individual si tiene una cobertura familiar que incluye un Deducible familiar con un Deducible individual incorporado. Consulte la información adicional sobre el Deducible de la cobertura familiar a continuación.
- **Deducible familiar:** se aplicará un Deducible familiar cuando usted tenga cobertura familiar. Si tiene cobertura familiar, el Deducible puede ser alcanzado por todos los Miembros de la familia combinados. Por ejemplo, una familia de cuatro alcanzaría un Deducible familiar de \$4,000 si un Miembro de la familia cubierto incurre en \$3,000 en gastos médicos cubiertos y otro Miembro de la familia cubierto incurre en \$1,000 en gastos médicos cubiertos durante el Año de Beneficios. En ese momento, el Deducible familiar también se alcanzaría para toda la familia para ese Año de Beneficios.

No todos los servicios se aplican a un Deducible. Para algunos servicios, usted es solo responsable de un Copago o Coaseguro. Para otros servicios, usted es responsable del Copago o Coaseguro después de alcanzar su Deducible anual. Otros servicios están cubiertos sin cargo alguno.

Lo siguiente no se aplica al Deducible:

- Primas.
- Cualquier pago que realice por Servicios no Cubiertos.
- Los pagos que haya realizado por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio del Año de Beneficios actual. Al inicio de cada nuevo Año de Beneficios, la acumulación de su Deducible se restablece a cero y usted comienza a acumular otra vez su Deducible para el nuevo Año de Beneficios.

## **Desembolso Máximo**

Su Tufts Health Direct Plan tiene un Desembolso Máximo. Este es el monto máximo de Costos Compartidos que usted tiene que pagar en un Año de Beneficios por los Servicios Cubiertos.

El Desembolso Máximo se compone de Deducibles, Copagos y Coaseguro.

Sin embargo, no incluye lo siguiente:

- Primas.
- Cualquier monto que pague a un Proveedor Fuera de la Red que supere el monto permitido para Servicios Cubiertos pagados por el plan a ese Proveedor Fuera de la Red.
- Costos de los Servicios no Cubiertos.

Una vez que alcance su Desembolso Máximo, ya no tiene que pagar Deducibles, Copagos ni Coaseguro por el resto de ese Año de Beneficios.

- Desembolso Máximo Individual: es el monto máximo de Costos Compartidos que una persona tiene que pagar en un Año de Beneficios por Servicios Cubiertos.
- **Nota:** Bajo un plan familiar, cualquier combinación de Miembros inscritos en una familia puede contribuir para alcanzar el Desembolso Máximo Familiar. Una vez que se alcance el Desembolso Máximo Familiar en un Año de Beneficios, empezaremos a pagar por los Servicios Cubiertos para todos los Miembros inscritos de una familia según los términos de este *Manual del Miembro*. Si algún Miembro inscrito de una familia alcanza el Desembolso Máximo Individual antes de que el Desembolso Máximo Familiar se alcance, entonces: (1) ese Miembro habrá satisfecho su requisito de Desembolso Máximo; y (2) empezaremos a pagar por sus Servicios Cubiertos de acuerdo con los términos de este *Manual del Miembro*.

**Nota:** Los Deducibles, los Copagos y el Coaseguro que pagó antes del inicio de un Año de Beneficios no se aplican a su Desembolso Máximo para el Año de Beneficios actual. Al inicio de cada Año de Beneficios, la acumulación comenzará en cero y desde ahí usted empezará a acumular otra vez el Desembolso Máximo anual para el nuevo Año de Beneficios.

## **Año de Beneficios**

El Año de Beneficios es el período de 12 meses consecutivos durante el cual:

- Se adquieren y administran los beneficios del plan de salud.
- Se calculan los Deducibles, los Copagos, el Coaseguro y los Desembolsos Máximos.
- Se aplica la mayoría de los límites de los beneficios.

**Nota:** En algunos casos que se describen en los párrafos siguientes, su primer Año de Beneficios no será de 12 meses completos.

Para Suscriptores individuales:

- Si se inscribe durante un período de inscripción abierta anual, su Año de Beneficios comienza en la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura y finaliza el 31 de diciembre (esto quiere decir que su primer Año de Beneficios no será de 12 meses completos si se inscribe en una fecha posterior al 1 de enero).
- Si se inscribe durante un evento calificativo en cualquier otro período del año, su primer Año de Beneficios comienza en la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura y finaliza el 31 de diciembre (esto quiere decir que su primer Año de Beneficios no será de 12 meses completos). Consulte la página 35 para obtener más información.

Para Suscriptores inscritos a través de un Contrato Grupal: Su Año de Beneficios comienza en la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo (siempre el primer día de un mes calendario) y continúa por 12 meses desde esa fecha (por ejemplo, si la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo es el 1 de abril, su Año de Beneficios será desde el 1 de abril al 31 de marzo).

Si usted es un empleado nuevo que se convirtió en Suscriptor después de la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo, su Año de Beneficios termina en la misma fecha en que termina el Año de Beneficios para todos los Suscriptores en su Grupo. Eso quiere decir que su primer Año de Beneficios no será de 12 meses completos.

Para los Familiares Dependientes nuevos que se agregan durante un Año de Beneficios (por ejemplo, un nuevo bebé, un Hijo Adoptivo o un Cónyuge nuevo): El Año de Beneficios del Familiar Dependiente nuevo comienza en la Fecha de Entrada en Vigor de su Cobertura y termina en la misma fecha en que termina el Año de Beneficios del Suscriptor.

#### Información importante acerca de los montos de sus Costos Compartidos

En virtud de la Ley de Asistencia Asequible (ACA por sus siglas en inglés), los servicios de Atención Preventiva, incluidos los servicios de Cuidado Preventivo de la Salud para Mujeres, las visitas de Atención Preventiva, algunos medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre cuando son recetados por un Proveedor con licencia y los dispensa una farmacia conforme a una receta— están totalmente cubiertos. Para obtener más información sobre qué servicios están cubiertos en su totalidad, consulte:

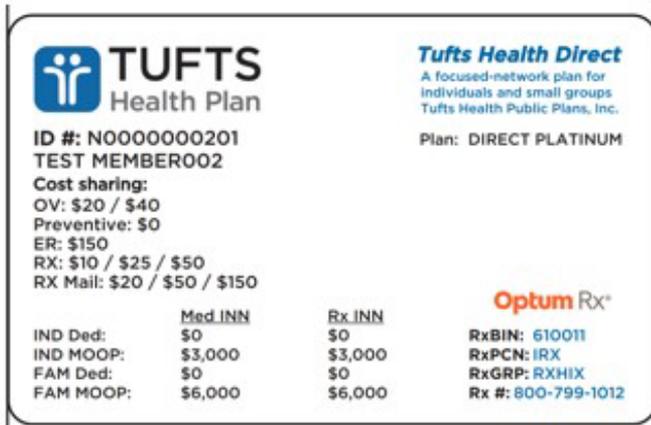
<https://www.tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services>.

Si tiene preguntas respecto a si algún servicio específico se considera preventivo en virtud de la ACA, llame a Servicios para Miembros.

## Cómo recibir la atención que necesita

### Su Tarjeta de Identificación de Miembro

Lleve siempre consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. Contiene información importante sobre usted y sus beneficios que los Proveedores y los farmacéuticos necesitan. Cada persona en su familia que tenga Tufts Health Direct recibirá una Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. Usted debe mostrar su tarjeta de identificación cada vez que solicite servicios de salud. Si no muestra su tarjeta de identificación, es posible que el Proveedor no nos facture por los Servicios Cubiertos y que usted sea responsable del costo del servicio.



**TUFTS Health Plan**

**Tufts Health Direct**  
A focused-network plan for individuals and small groups  
Tufts Health Public Plans, Inc.

ID #: N0000000201  
TEST MEMBER002

Plan: DIRECT PLATINUM

Cost sharing:  
OV: \$20 / \$40  
Preventive: \$0  
ER: \$150  
RX: \$10 / \$25 / \$50  
RX Mail: \$20 / \$50 / \$150

	<b>Med INN</b>	<b>Rx INN</b>	<b>Optum Rx*</b>
IND Ded:	\$0	\$0	RxBIN: 610011
IND MOOP:	\$3,000	\$3,000	RxPCN: IRX
FAM Ded:	\$0	\$0	RxGRP: RXHIX
FAM MOOP:	\$6,000	\$6,000	Rx #: 800-799-1012

See your Member Handbook for your plan level's specific benefits. Bring this ID card with you to your doctor appointments and the pharmacy.

**In an Emergency:** If your life is in danger, call 911 or go to the nearest emergency room. Call your primary care provider (PCP) as soon as possible.

**Urgent Care:** For serious health problems that don't put your life in danger or risk permanent damage to your health, call your PCP 24 hours a day, 7 days a week.

**Claims:**  
Tufts Health Plan  
P.O. Box 8115  
Park Ridge, IL 60068-8115

**Member and Provider Services:** 888-257-1985  
**Mental Health and Substance Use:** 888-257-1985  
TTY: 711

**Website:** [tuftshealthplan.com/directmembers](http://tuftshealthplan.com/directmembers)



## Su PCP gestiona su atención

Como Miembro de Tufts Health Direct, debe tener un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que esté en nuestra Red de Tufts Health Direct. Su PCP es el Proveedor que debe llamar en caso de que necesite atención de la salud que no sea de Emergencia. Recibirá los mismos Servicios Medicamente Necesarios que estén Cubiertos, ya sea que escoja a una Enfermera Practicante, a un Asistente Médico o a un médico como su PCP, siempre y cuando los servicios que ofrezca estén dentro del ámbito de la licencia del Proveedor. Para escoger un PCP de Tufts Health Direct y para saber dónde está el consultorio del PCP, use la herramienta "Find a Doctor or Hospital" (Encontrar un médico u hospital) en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o llámenos al **888.257.1985**.

Puede llamar al consultorio de su PCP 24 horas al Día, siete Días a la semana. Si su PCP no está disponible, el consultorio de su PCP lo comunicará con alguien que pueda ayudarlo. Si tiene problemas para comunicarse con su PCP o si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

Qué puede hacer su PCP por usted:

- Coordinar los exámenes, procedimientos de laboratorio o visitas al Hospital necesarios.
- Realizar controles y evaluaciones de salud de forma regular, lo que incluye evaluaciones de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias).
- Ayudarlo a obtener servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) cuando sea necesario.
- Mantener sus registros médicos.
- Ayudarlo a obtener la atención de la salud que necesita.
- Proveer información sobre Servicios Cubiertos que requieren Autorización Previa antes de recibir tratamiento.
- Referirlo a Especialistas, si fuera necesario.
- Escribir recetas, cuando sea necesario.

## Asignación del PCP

Es importante que tenga un PCP para aprovechar al máximo todos sus beneficios. Cuando se inscriba, escogeremos un PCP para usted cerca de donde vive y le diremos el nombre de su PCP cuando le enviemos su Tarjeta de Identificación. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Simplemente escoja otro PCP en la Red de Tufts Health Direct en [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o llámenos al **888.257.1985**. Para obtener ayuda para localizar un PCP Dentro de la Red, visite [tuftshealthplan.com/directproviders](http://tuftshealthplan.com/directproviders).

## Especialistas

En ocasiones, es posible que necesite visitar a un Especialista, como un cardiólogo, un dermatólogo o un oftalmólogo. Tufts Health Direct también cubre la atención pediátrica de especialidad, como atención de la salud mental, proporcionada por Especialistas pediátricos Dentro de la Red. Puede visitar a la mayoría de los Especialistas sin Autorización Previa, siempre y cuando el Especialista esté Dentro de la Red.

Para encontrar un Especialista de Tufts Health Direct, hable con su PCP. También puede llamarnos al **888.257.1985** o visitar [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin) para buscar un Especialista. Si no tiene una cuenta en el portal para miembros, vaya a [tuftshealthplan.com/directproviders](https://tuftshealthplan.com/directproviders) para buscar un Proveedor Dentro de la Red de Tufts Health Direct. Debería hablar primero con su PCP sobre su necesidad de recurrir a un Especialista, y después llamar al Especialista para programar una cita.

Si escoge recibir servicios fuera de nuestra Red, no cubriremos los servicios. Si de todas formas escoge recibir los servicios, el Especialista le enviará una factura y usted será responsable de pagar el costo total de la atención.

Para obtener más información sobre los servicios que requieren Autorización Previa, consulte la sección Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Nivel del Plan en este *Manual del Miembro*.

## Segundas opiniones

Los Miembros de Tufts Health Direct pueden obtener una segunda opinión de un Proveedor Dentro de la Red distinto acerca de una condición médica o de Salud Conductual, o de un tratamiento y plan de atención propuestos. Tufts Health Direct no exige una Autorización Previa para obtener una segunda opinión de un Proveedor Dentro de la Red sobre un problema o una inquietud médica o de Salud Conductual. Si no hay una segunda opinión disponible dentro de la Red, es posible que haya una disponible fuera de la Red y que esté sujeta a Autorización Previa. Puede ver la lista más actualizada de los Proveedores Dentro de la Red en [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin). Si no tiene una cuenta en el portal para miembros, vaya a [tuftshealthplan.com/directproviders](https://tuftshealthplan.com/directproviders) para buscar un Proveedor Dentro de la Red de Tufts Health Direct. Llámenos al **888.257.1985** para obtener ayuda o más información sobre cómo escoger un Proveedor para recibir una segunda opinión.

## Atención de Emergencia

Para Emergencias médicas y de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), llame al 911 o vaya al centro de Emergencias más cercano de inmediato.

Nunca se requiere Autorización Previa para los servicios de Emergencia, que están disponibles Dentro y Fuera de la Red. Lleve consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. Usted está cubierto por atención de Emergencia 24 horas al Día, siete Días a la semana, donde quiera que esté, incluso si está de viaje. También cubrimos el transporte en ambulancia relacionado con una Emergencia. Un Proveedor examinará y tratará sus necesidades de salud de Emergencia antes de enviarlo a casa o trasladarlo a otro Hospital, si es necesario. Es posible que no se cubra la continuación de los servicios con un Proveedor Fuera de la Red después de que la condición de Emergencia haya sido tratada o estabilizada si determinamos, en coordinación con sus Proveedores, que es seguro transportarlo a un centro de la Red y que es apropiado y rentable hacerlo.

Los afiliados también pueden acceder a los servicios de Intervención móvil en caso de crisis en los Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC) sin autorización previa. Estos servicios brindan una respuesta terapéutica móvil, a corto plazo y presencial para los afiliados que experimenten una crisis de salud conductual con el propósito de identificar, evaluar, tratar y estabilizar la situación y de reducir el riesgo inmediato de peligro. Este servicio se presta 24 horas al día, 7 días a la semana.

Si lo ingresan como Paciente Hospitalizado después de recibir atención de Emergencia, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamar a Tufts Health Plan, a su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) o, si correspondiera, a su Proveedor de Salud Conductual dentro de las 48 horas posteriores a recibir la atención. Los proveedores Dentro de la Red serán responsables de notificar a Tufts Health Plan en su nombre. Si la sala de Emergencias donde lo atendieron o su PCP nos notifican, usted no necesita avisarnos. Lo instamos a comunicarse con su PCP o, si corresponde, con su Proveedor de Salud Conductual para que su PCP pueda proporcionar o coordinar la atención de seguimiento que pueda necesitar.

Es posible que desde una sala de Emergencias sea ingresado para Observación, que es un Nivel de Atención para Pacientes Externos, o que sea ingresado como Paciente Hospitalizado. Los Costos Compartidos variarán según el nivel de la admisión.

## Atención de Urgencia

Llame a su PCP o al Proveedor de Salud Conductual si necesita Atención de Urgencia. Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores 24 horas al Día, siete Días a la semana. Los consultorios de sus Proveedores tienen Proveedores Sustitutos que trabajan fuera del horario de atención. Un Proveedor Sustituto es el Proveedor nombrado por su PCP para proveer o autorizar servicios en su ausencia.

Si fuera necesario, programe una cita para ver a su Proveedor. Si su condición pasa a ser una Emergencia antes de la cita con su PCP o Proveedor de Salud Conductual, llame al 911 o vaya a la sala de Emergencias más cercana.

En nuestra Área de Servicio hay Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes a los que puede ir y que son Proveedores Dentro de la Red de Tufts Health Direct. También debería tratar de comunicarse con su PCP cuando vaya a un UCC. Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. Para encontrar un UCC en nuestra Red de Proveedores, vaya a [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin) y use nuestra herramienta "Find a Doctor or Hospital". Si no tiene una cuenta en el portal para miembros, vaya a [tuftshealthplan.com/directproviders](https://tuftshealthplan.com/directproviders) para buscar un Proveedor Dentro de la Red de Tufts Health Direct. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.

### **Notas:**

- Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.
- Si está en el Área de Servicio, también puede ir a un Centro de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés) Independiente Dentro de la Red o a una MinuteClinic® (una Clínica de Servicios Médicos Limitados) en caso de necesitar Atención de Urgencia.

Para obtener Atención de Urgencia, siga estas pautas

Lugar de Servicio	Proveedor de Tufts Health Direct	Proveedor que no es de Tufts Health Direct Dentro del Área de Servicio	Proveedor que no es de Tufts Health Direct Fuera del Área de Servicio
Clínica de Servicio Médico Limitado (MinuteClinic®) o Centro de Atención de Urgencia Independiente	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	No tiene cobertura.	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.
Sala de Emergencias	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.
Consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP)	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	No aplicable y no está cubierto. Debe tener un PCP Dentro de la Red.	No aplicable y no está cubierto. Debe tener un PCP Dentro de la Red.
Consultorio del Proveedor (que no sea un PCP) o clínica Hospitalaria sin necesidad de cita	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	No tiene cobertura.	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.
Consultorio de Proveedor para Servicios de Salud Conductual/Trastorno por Consumo de Sustancias	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.	No tiene cobertura.	Tiene cobertura para la Atención de Urgencia.

## Servicios de Hospital

Si necesita los servicios de Hospital para una atención que no sea de emergencia, póngase en contacto con su PCP, quien coordinará su atención.

## Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Hable con su PCP para saber cómo recibir atención fuera del horario normal de atención. Algunos PCP atienden hasta más tarde. Si necesita Atención de Urgencia fuera del horario normal de atención, llame al consultorio de su PCP. Los PCP tienen Proveedores Sustitutos que trabajan fuera del horario de atención. Si tiene problemas para ver a su PCP o a cualquier otro Proveedor, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Como miembro de Tufts Health Direct, usted tiene acceso a una enfermera certificada en cualquier momento del día a través de nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine: 888.MY.RN.LINE (888.697.6546) (TTY: 800.942.1859), 24 horas al día, siete días a la semana.

## Cómo recibir atención cuando está lejos de casa (fuera del Área de Servicio)

Si está fuera del Área de Servicio de Tufts Health Direct, lo que incluye estar fuera del país, cubriremos solo la atención de Emergencia y la Atención de Urgencia. Es posible que la continuación de servicios después del tratamiento o estabilización de la condición de Emergencia o de Urgencia no esté cubierta si determinamos, en conjunto con sus Proveedores, que es seguro que usted regrese al Área de Servicio. Es posible que el transporte de vuelta al Área de Servicio después de la estabilización no sea un beneficio médico cubierto.

No cubriremos:

- Exámenes o tratamiento que su PCP pidió, pero que usted decidió realizarse fuera del Área de Servicio.
- Atención de rutina o de seguimiento que puede esperar hasta que regrese al Área de Servicio, como exámenes físicos, vacunas contra la gripe, retiro de puntos, orientación de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) y terapias, como Fisioterapia.
- Atención que sabía que iba a recibir antes de salir del Área de Servicio, tal como una cirugía electiva.
- La mayoría de la atención de seguimiento después de una hospitalización, incluyendo servicios de Rehabilitación fuera del Área de Servicio.
- Parto o problemas con el embarazo en ningún momento después de la semana 36 del embarazo o dentro de las 4 semanas previas a la fecha probable de parto y tampoco si el Proveedor le comunica que corre riesgo de parto prematuro.

Cuando recibe atención fuera del Área de Servicio de Tufts Health Direct, es posible que el Proveedor le pida pagar por esa atención al momento del servicio.

Si le piden pagar por la atención de Emergencia o la Atención de Urgencia que recibió fuera del Área de Servicio, debería mostrar su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. El Proveedor no debería pedirle un pago. Si paga por alguno de estos servicios, puede pedirnos el reembolso. Usted será responsable de pagar los Costos Compartidos Dentro de la Red que sean aplicables según su Plan.

Usted, su representante o un Proveedor contratado debe llamar a Tufts Health Plan dentro de las 48 horas posteriores a recibir la atención de Emergencia. Si lo admiten como Paciente Hospitalizado, usted o alguien que actúe en su nombre debe llamar a su PCP o a Tufts Health Plan en un plazo de 48 horas. Es posible que reciba una factura por estos servicios. Llame a Servicios para Miembros al **888.257.1985** para obtener más información sobre lo que debe hacer si recibe una factura.

**Nota:** Es posible que reciba una factura por los Copagos, el Coaseguro o el Deducible por algunos Servicios Cubiertos si obtuvo servicios Autorizados de un Proveedor Fuera de la Red. Si recibe una factura, llámenos al **888.257.1985**.

## Cómo obtener información sobre los Proveedores de Tufts Health Direct

Para recibir la información más actualizada sobre los Proveedores (médicos y otros profesionales que tienen contrato con nosotros para proveer atención de la salud), visítenos en [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin) y use la herramienta "Find a Doctor or Hospital" para encontrar un Proveedor Dentro de la Red de Tufts Health Direct. Si no tiene una cuenta en el portal para miembros, vaya a [tuftshealthplan.com/directproviders](https://tuftshealthplan.com/directproviders) para buscar un Proveedor Dentro de la Red de Tufts Health Direct. Para solicitar una copia impresa del *Directorio de Proveedores*, solicitar información de nuestro *Directorio de Proveedores* en línea o para obtener información sobre un Proveedor, llame a nuestro

Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

Nuestra herramienta en línea "Find a Doctor or Hospital" indica los siguientes tipos de Proveedores de Tufts Health Direct:

- Proveedores de Salud Conductual (salud mental o tratamiento por consumo de sustancias)
- Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP)
- Centros de Atención Primaria
- Especialistas
- Hospitales

En nuestro *Directorio de Proveedores* en línea, puede encontrar información importante del Proveedor, como la dirección, el número de teléfono, el horario de atención, el acceso para discapacitados y los idiomas que se hablan.

Nuestro *Directorio de Proveedores* en línea lista también todas las farmacias, establecimientos, Proveedores auxiliares, servicios de Emergencia en Hospital y proveedores de Equipo Médico Duradero de Tufts Health Direct. Puede encontrar esta información en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin).

Para obtener ayuda para buscar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** y siga las indicaciones correspondientes. Nuestro Equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un Proveedor que sea adecuado para su edad, condición y tipo de tratamiento.

## Administración de la Utilización

El objetivo del programa de Administración de la Utilización (UM por sus siglas en inglés) es controlar los costos de atención de la salud mediante la revisión de si determinados servicios médicos, suministros y medicamentos son Médicamente Necesarios. También revisamos si se ofrecen de la manera más adecuada y rentable desde el punto de vista clínico. Basamos todas las decisiones de UM en cuán adecuada es la atención y en su cobertura. No premiamos a los Proveedores, personal clínico de UM o consultores por rechazar la atención. No ofrecemos dinero o incentivos financieros a los Proveedores Dentro de la Red, al personal clínico de UM ni a los consultores que podrían disuadirlos de poner determinados servicios a su disposición.

## Pautas de Necesidad Médica y de Revisión de la Utilización, y pautas de revisión

Las Pautas de Necesidad Médica y de Revisión de la Utilización, y las pautas de revisión se usan para determinar si los servicios solicitados son Médicamente Necesarios según la definición de Servicios de Atención de la Salud de conformidad con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional. Estas pautas se actualizan periódicamente y están disponibles en [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](http://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

Tufts Health Plan puede aplicar el programa de UM de forma prospectiva, concurrente o retrospectiva con determinados servicios de atención de la salud para pacientes hospitalizados y externos, con el fin de determinar si esos servicios son médicamente necesarios tal como se definen en el Evidencia de Cobertura del Miembro:

- La UM prospectiva ayuda a determinar si un tratamiento propuesto es médicamente necesario antes de que comience el tratamiento. Esto se denomina Autorización Previa.
- La UM concurrente supervisa el tratamiento a medida que se desarrolla y determina cuándo deja de ser médicamente necesario. Esto se denomina Revisión Concurrente.

- La UM retrospectiva evalúa la atención recibida por los miembros después de que se haya prestado la atención para determinar si los servicios eran médicamente necesarios. Esto se denomina Revisión Retrospectiva.

Para conocer el estado o resultado de las decisiones sobre la Revisión de la Utilización, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos, o inicie sesión en su portal seguro para Miembros. Cuando decidimos qué servicios son los mejores para sus necesidades de atención de la salud, aplicamos pautas consecuentes y objetivas para nuestra toma de decisiones. Los Proveedores que ejercen en el área nos ayudan a crear Pautas de Necesidad Médica. También usamos estándares que desarrollan las organizaciones nacionales de acreditación. Revisamos estas pautas anualmente o con más frecuencia cuando se aceptan nuevos medicamentos, tratamientos y tecnologías de manera general.

Si tiene preguntas sobre la UM o desea obtener más información sobre cómo determinamos la atención que aprobamos, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Nuestro personal está disponible para analizar los problemas de Utilización durante estos horarios de atención, como también para responder mensajes de voz y faxes. Si deja un mensaje de voz o envía un fax fuera del horario de atención, responderemos el siguiente día hábil.

## Autorización Previa

Su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) trabajará con sus demás Proveedores para asegurarse de que reciba la atención que necesita. Para determinados servicios, su PCP o el Proveedor de Salud Conductual necesitarán pedirnos Autorización Previa antes de enviarlo para que reciba esos servicios. Consulte la sección Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Nivel del Plan en este *Manual del Miembro* para ver la lista más actualizada de los servicios que requieren una Autorización Previa, de conformidad con las Pautas de Necesidad Médica de Tufts Health Plan que estén en vigor en el momento en que se prestan los servicios o se proporcionan los suministros. Esta información también está disponible para usted en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o si llama al Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

Su PCP sabe cuándo y cómo pedirnos Autorización Previa, si fuera necesario. Cuando su PCP pida la Autorización Previa, determinaremos si el servicio es Médicamente Necesario y si tenemos un Proveedor Dentro de la Red calificado que pueda prestar el servicio.

Si el servicio es Médicamente Necesario y no tenemos un Proveedor Dentro de la Red que pueda tratar su condición médica, podemos aprobar y cubrir los servicios de un Proveedor Fuera de la Red. Usted será responsable de los Costos Compartidos, como si el Proveedor estuviera Dentro de la Red. **Usted debe obtener Autorización Previa de Tufts Health Plan antes de que pueda recibir cobertura para servicios con Proveedores Fuera de la Red, aun si el servicio no está listado en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos como que requiere Autorización Previa dentro de la red. Todos los servicios Fuera de la Red que no sean urgentes o de emergencia requieren Autorización Previa.** Visítenos en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) o en [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) para ver la lista más actualizada de nuestros Proveedores Dentro de la Red. Usted es responsable de asegurarse de que se haya obtenido la Autorización Previa para servicios Fuera de la Red, excepto en situaciones de emergencia como se ha indicado anteriormente. Si la Autorización Previa no se otorgara antes de ver a un Proveedor Fuera de la Red, se negará la cobertura y usted será responsable del pago.

Su PCP, Especialista o Especialista en Salud Conductual deben pedirnos y obtener la Autorización Previa antes de que pueda ver a un Proveedor Fuera de la Red. Puede pedirle a su PCP o al Especialista en Salud Conductual que solicite la Autorización Previa.

Es posible que lo autoricen a ver a un Proveedor Fuera de la Red en las siguientes circunstancias:

- Cuando un Proveedor participante Dentro de la Red no esté disponible debido a la distancia.

- Cuando un retraso en la visita a un Proveedor participante Dentro de la Red, que no sea un retraso relacionado con el Miembro, podría dar como resultado la interrupción del acceso a servicios Médicamente Necesarios.
- Si no hubiera un Proveedor participante Dentro de la Red con las calificaciones y la pericia que necesita para recuperarse y mantenerse bien.

Si se convierte en un Miembro de Tufts Health Plan al cambiarse de otro plan de salud y ya lo está tratando un Proveedor que no tiene contrato con nosotros, revisaremos ese tratamiento y es posible que permitamos que ese Proveedor lo siga tratando. Para obtener más información, consulte la sección "Continuidad de la Atención" en la página 27. Recuerde, usted debe obtener nuestra Autorización Previa para ver a dicho Proveedor que está Fuera de la Red durante y después del período de transición.

## **Solicitud de Autorización Previa**

### **Solicitudes de Servicios Médicos y de Salud Conductual**

Se requiere Autorización Previa y notificación a más tardar cinco días hábiles antes de cualquier procedimiento médico electivo que necesite que el paciente sea Hospitalizado. Los proveedores Dentro de la Red serán responsables de obtener autorización y notificar a Tufts Health Plan en nombre suyo.

En el caso de solicitudes expeditas que requieran autorización previa, tomaremos una decisión lo antes posible teniendo en cuenta las circunstancias apremiantes y siempre dentro de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de toda la información necesaria, pero sin exceder las 72 horas desde la recepción de la solicitud. Cuando un proveedor presente una solicitud de autorización previa, deberá indicar si la solicitud es expedita.

Existen "circunstancias apremiantes" cuando un miembro está sufriendo una condición de salud que podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función al máximo.

En el caso de las solicitudes estándar que requieran autorización previa, tomaremos una decisión en un plazo de 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la información necesaria, pero sin exceder los 15 días desde la recepción de la solicitud.

La "información necesaria" tanto para las solicitudes expeditas como para las estándar incluye, entre otras cosas, los resultados de cualquier evaluación clínica en persona, consultas, segunda opinión, análisis de laboratorio, imagenología o terapias previas.

Cuando hayamos tomado una decisión, se lo informaremos al Proveedor solicitante dentro de 24 horas. Le informaremos por escrito dentro de un día hábil si denegamos la solicitud y dentro de dos días hábiles si la aprobamos.

### **Solicitudes de farmacia (medicamentos)**

Tomaremos una decisión dentro de los dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de Autorización Previa estándar y dentro de 48 horas en caso de solicitudes de Autorización Previa urgentes. Las revisiones de las Autorizaciones Previas Apremiantes no Cubiertas se realizan dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud Apremiante. Existen circunstancias apremiantes cuando un Miembro:

- sufre una condición de salud que podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función al máximo; o
- está sometiéndose a un plan actual de tratamiento con un medicamento que no está en el Formulario.

Dentro de 24 horas le informaremos de nuestra decisión al Proveedor que solicita la cobertura del medicamento. Le informaremos por escrito de nuestra decisión dentro de 24 horas, ya sea que aprobemos o deneguemos la Autorización.

Recuerde lo siguiente: Si no aprobamos que vea a un Proveedor o que tenga un procedimiento que requiera Autorización Previa, no pagaremos esas visitas o servicios.

## Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas

Si aprobamos la cobertura del pago para un servicio, les indicaremos claramente a usted y al Proveedor los servicios que aceptamos cubrir. El Proveedor que presta el servicio debe tener una carta de Autorización Previa de parte nuestra antes de brindarle la atención para que reciba el reembolso. Si necesita más atención de la que aprobamos, su Proveedor deberá pedirnos que aprobemos la cobertura para más servicios. Si aprobamos la solicitud de más servicios, les enviaremos a usted y a su Proveedor una carta de Autorización.

Si no aprobamos el pago de ninguno de los servicios solicitados, le enviaremos a usted, a su Proveedor o a su Representante Personal una carta de denegación o Determinación Adversa. También enviaremos una notificación en el caso de que decidamos reducir, retrasar o detener la cobertura de los servicios que hemos aprobado previamente.

La carta de Determinación Adversa que enviamos incluirá una explicación clínica de nuestra decisión y además:

- Analizará sus síntomas o condición, diagnóstico y las razones específicas por las que la evidencia que su Proveedor nos envió no cumple con los criterios pertinentes de revisión médica.
- Identificará la información específica que usamos.
- Hará referencia e incluirá las Pautas de Necesidad Médica aplicables que usamos en el proceso de toma de decisiones.
- Especificará opciones de tratamiento alternativo que cubrimos, si corresponde.
- Le indicará cómo presentar una Apelación, que incluye una Apelación Interna Expedita.

Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, puede presentar una Apelación Interna Estándar. Para obtener detalles sobre cómo presentar una Apelación Interna Estándar, consulte "Cómo resolver inquietudes" en la página 79.

## Revisión concurrente

Si usted es un paciente del Hospital o está sometido a un tratamiento continuo, revisaremos su caso para garantizar que, durante todo el tratamiento, se le proporcione la atención adecuada en el lugar correcto y en el Nivel de Atención correspondiente.

Tomamos estas decisiones de revisión concurrente dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de toda la información necesaria de su Proveedor. La "información necesaria" incluye, entre otras cosas, los resultados de cualquier evaluación clínica en persona, consultas, segunda opinión, análisis de laboratorio e imagenología o terapias previas. Le informaremos a su Proveedor en ese plazo y le enviaremos a usted por correo y por fax una confirmación por escrito en las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud.

La notificación al Miembro y al Proveedor incluirá:

- La fecha de admisión o de inicio de los servicios.
- La cantidad de Días de extensión o la próxima fecha de revisión.
- La cantidad total nueva de Días o servicios que hemos aprobado.

Si denegamos la Autorización de pago para una estancia más larga o para más servicios, le enviaremos a usted por correo y a su Proveedor por fax la confirmación de esta Determinación Adversa dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud. Puede seguir recibiendo el servicio sin costo para usted hasta que le informemos de nuestra decisión de revisión concurrente.

Usted o su Proveedor pueden apelar la decisión antes o después de recibir el alta. Para obtener

información sobre el proceso de Apelaciones, consulte la página 80.

## **Medicamentos y procedimientos experimentales o de investigación**

A medida que surgen nuevas tecnologías, tenemos una manera de considerar si cubrimos procedimientos nuevos (experimentales o de investigación), incluidos los ensayos clínicos. Antes de decidir cubrir procedimientos, equipos y medicamentos con receta nuevos, observaremos cuán seguros son y si estos tratamientos funcionan bien. Nuestro equipo de Servicios de Atención de la Salud, liderado por nuestro Gerente Médico, toma todas las decisiones relacionadas con cubrir o no procedimientos experimentales o de investigación. Si tiene preguntas sobre nuestro programa de farmacia o sobre los beneficios, llámenos al **888.257.1985**.

## **Reconsideración de una Determinación Adversa**

Si su solicitud de Autorización Previa o revisión concurrente de cobertura para servicios fue denegada, el Proveedor que lo trata puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. El proceso de Reconsideración ocurrirá dentro de un día hábil después de la recepción de la solicitud. Un revisor por pares clínico llevará a cabo la Reconsideración y hablará con su Proveedor.

Si su proveedor solicitó una reconsideración y no cambiamos nuestra decisión, usted, su Proveedor o su Representante Personal pueden usar el proceso de Apelaciones que se describe a partir de la página 80. No tiene que pedirnos que reconsideremos una Determinación Adversa antes de solicitar una Apelación Interna Estándar o una Apelación Interna Expedita.

## **Continuidad de la Atención**

Apoyamos la Continuidad de la Atención para Miembros nuevos y actuales.

### **Miembros nuevos**

Si es un Miembro nuevo de Tufts Health Direct, le ayudaremos a realizar la transición sin problemas de cualquier atención cubierta que esté recibiendo actualmente a una de nuestros Proveedores Dentro de la Red. Para garantizar la Continuidad de la Atención, es posible que cubramos algunos servicios de salud, incluyendo servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) con un Proveedor que no sea parte de nuestra Red por un período de tiempo limitado. Por ejemplo, cubriremos lo siguiente:

- Tratamiento cubierto en curso o el control de una condición crónica o aguda (como enfermedades del corazón o del riñón) hasta por 30 Días desde la fecha de inscripción, que incluye servicios previamente aprobados o Servicios Cubiertos.
- La atención en curso hasta por 30 Días desde la fecha de inscripción si el Proveedor es su PCP.

En casos específicos, ofrecemos una Continuidad de la Atención más extensa después de obtener la Autorización Previa. Por ejemplo, cubriremos lo siguiente:

- Atención que recibe de su obstetra o ginecólogo actual si tiene al menos tres meses de embarazo (lo que quiere decir que está comenzando el cuarto mes o el segundo trimestre, según su fecha esperada del parto): Puede seguir viendo a su obstetra o ginecólogo actual hasta que tenga al bebé y asista a un control de seguimiento dentro de las seis primeras semanas después del parto.
- Atención de su Proveedor si tiene una enfermedad terminal y recibe tratamiento de forma activa.

## Miembros actuales

Si la inscripción de su Proveedor en Tufts Health Plan se cancela por razones que no sean de calidad o fraude, usted puede seguir viendo a su Proveedor (incluido su PCP) para las siguientes condiciones de atención continua por hasta 90 días a partir de la fecha en que le notificamos la cancelación de la inscripción, a menos que se indique lo contrario a continuación:

- Si está recibiendo tratamiento por una Condición Grave o Compleja.
- Si está embarazada, puede seguir recibiendo atención de su Proveedor hasta su primera visita posparto.
- Si es un Paciente Hospitalizado.
- Si tiene programada una intervención quirúrgica urgente o de emergencia, incluido el posoperatorio.
- Si tiene una enfermedad terminal (con una expectativa de vida de 6 meses o menos), puede seguir visitando a su Proveedor mientras sea necesario.

**Nota:** Una Condición Grave y Compleja se refiere a:

- una enfermedad o condición aguda que requiere tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad de muerte o daño permanente; o
- una enfermedad o condición crónica que (i) pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y (ii) requiere atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado.

Si su PCP cancela su inscripción, haremos notificárselo con al menos 30 días de antelación. Si la cancelación de la inscripción es por razones que no sean de calidad o fraude y usted no cumple con las condiciones descritas anteriormente, entonces puede seguir viendo a su PCP hasta 30 días después de la cancelación de la inscripción.

Para elegir un nuevo PCP, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros. Un Representante de Servicios para Miembros le ayudará a seleccionar uno. También puede ver el Directorio de Proveedores en línea, que está disponible en nuestro sitio web, para elegir un PCP.

## Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención

Los servicios prestados por un Proveedor cuya inscripción se ha cancelado o por un Proveedor Fuera de la Red, tal como se describe en esta sección "Continuidad de la Atención", están cubiertos solo cuando usted o su Proveedor obtienen nuestra Autorización Previa para los servicios continuos, cuando los servicios estarían cubiertos de otro modo según este Manual del Miembro y cuando el Proveedor esté de acuerdo con lo siguiente:

- Aceptar nuestro pago con la tarifa que pagamos a los Proveedores Dentro de la Red.
- Aceptar dicho pago como un pago completo y no cobrarle más de lo que habría pagado en Costos Compartidos si el Proveedor fuera un Proveedor Dentro de la Red.
- Cumplir con nuestros estándares de calidad.
- Cumplir con nuestras políticas y procedimientos, que incluyen Autorización Previa y prestación de Servicios Cubiertos de conformidad con un plan de tratamiento que aprobamos, si corresponde.
- Proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con la atención provista.

# Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción

Health Connector o el Administrador de Inscripción determina la elegibilidad de los Suscriptores y de sus Familiares Dependientes para Tufts Health Direct. Los Suscriptores y sus Familiares Dependientes deben cumplir estos requisitos para inscribirse en Tufts Health Direct. Las personas elegibles incluyen a los Residentes de Massachusetts que viven en nuestra Área de Servicio, a excepción de los miembros que tengan planes ConnectorCare. Los Miembros de ConnectorCare solo pueden inscribirse en códigos postales específicos dentro del condado de Franklin (01002, 01039, 01054, 01070, 01093, 01096, 01247, 01350, 01355, 01364, 01366, 01367 y 01378). En todos los demás planes, los Miembros son elegibles para inscribirse en todo el condado de Franklin.

Comuníquese con Health Connector para obtener más información sobre elegibilidad si solicita ayuda para pagar su cobertura del seguro de salud. Es posible que nosotros y Health Connector exijamos una verificación razonable de elegibilidad de vez en cuando.

Si cumple los requisitos de elegibilidad aplicables, lo aceptaremos en Tufts Health Direct. Puede permanecer inscrito en Tufts Health Direct el tiempo que desee, siempre y cuando cumpla los requisitos de elegibilidad y pague la Prima. Cuando recibamos el aviso de su inscripción de parte de Health Connector o el Administrador de Inscripción, le enviaremos una Tarjeta de Identificación de Miembro y más información sobre su Plan.

La aceptación en nuestro Plan nunca se basa en lo siguiente:

- Edad
- Experiencia en cuanto a reclamaciones
- Duración de la cobertura
- Origen étnico o raza
- Género
- Condición de salud, actual o prevista
- Ingresos
- Condición médica
- Ocupación
- Condición física o mental
- Discapacidad física o mental
- Condiciones preexistentes
- Estado anterior como Miembro
- Religión
- Orientación sexual

No usamos los resultados de exámenes genéticos cuando tomamos decisiones sobre inscripción, elegibilidad, renovación, pago o cobertura de Servicios de Atención de la Salud.

Una vez que esté inscrito en nuestro plan, pagaremos los Servicios Cubiertos que reciba a partir de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura (no hay Períodos de Espera ni limitaciones o exclusiones por condiciones preexistentes). No pagaremos por ningún servicio que haya recibido antes de la Fecha de Entrada en Vigor de su Cobertura con nuestro plan.

# Elegibilidad de Familiares Dependientes

Las siguientes personas son elegibles para ser inscritas como Familiares Dependientes del Suscriptor:

- El Cónyuge legal de un Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside.
- El Cónyuge divorciado de un Suscriptor es elegible para mantener la cobertura, de conformidad con la ley de Massachusetts.
- La pareja de unión civil de un Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor vive.
- Los Hijos que están reconocidos conforme a una orden de manutención infantil médica calificada tienen derecho a inscribirse para contar con la cobertura del plan.
- El Hijo de un Suscriptor o del Cónyuge legal del Suscriptor, hasta el último día del mes en que el hijo cumpla los 26 años de edad, definido como:
  - un hijo biológico; o
  - un hijastro; o
  - un Hijo adoptado legalmente o un Hijo colocado para adopción con el Suscriptor o el Cónyuge legal del Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside.
- La fecha de colocación en el hogar para fines de adopción es la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura del Hijo; o, si el Hijo ha estado viviendo en el hogar como un Hijo de acogida para quien el beneficiario ha recibido pagos por cuidado de acogida, la Fecha de Entrada en Vigor es la fecha de presentación de la petición de adopción.
- El hijo para quien el Suscriptor o el Cónyuge legal del Suscriptor es el tutor legal designado por el tribunal.
- Se debe proveer documentación que incluya un documento del tribunal firmado por un juez, que indique el nombre del Hijo, el(los) tutor(es) legal(es) nombrado(s), la designación temporal o permanente, la Fecha de Entrada en Vigor y, en caso de tutela legal temporal, la fecha de término.
- El Hijo Dependiente de un Hijo inscrito.
- El Dependiente discapacitado de un Suscriptor o del Cónyuge del Suscriptor es elegible para la cobertura.

## Divorcio o separación

En caso de divorcio o separación legal, la persona que fue Cónyuge del Suscriptor antes del divorcio o la separación legal seguirá siendo elegible para la cobertura de este plan mediante el Contrato Grupal del Suscriptor, ya sea que la decisión se tome antes de la Fecha de Entrada en Vigor del Contrato Grupal o no. Esta cobertura no requiere otra Prima más que el costo normal de cubrir a un Cónyuge actual. En casos de nuevo matrimonio, es posible que haya un costo adicional. El Excónyuge sigue siendo elegible para esta cobertura solo hasta que ocurra uno de los siguientes casos:

- El Suscriptor ya no está obligado por la sentencia a proveer seguro de salud para el Excónyuge.
- El Suscriptor o el Excónyuge se vuelve a casar. Sin embargo, si el Suscriptor se vuelve a casar y la sentencia así lo indica, el Excónyuge puede mantener la cobertura del plan, de conformidad con la ley de Massachusetts.
- El Suscriptor cancela la inscripción en el plan.

## Hijos recién nacidos y Adoptivos: elegibilidad, inscripción y cobertura

Un bebé recién nacido de un Miembro es elegible para la cobertura del plan desde el momento del nacimiento, según lo exige la ley de Massachusetts.

- El Suscriptor debe inscribir correctamente al recién nacido en el plan dentro de 60 Días después de su nacimiento para que esté cubierto desde esa fecha. De lo contrario, el Suscriptor debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para inscribir al Hijo.
- El Suscriptor debe inscribir a un Hijo Adoptivo dentro de los 60 Días posteriores a la fecha de presentación de la petición de adopción o a la fecha de colocación del Hijo en el hogar del Suscriptor para fines de adopción. De lo contrario, el Suscriptor debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para inscribir al Hijo Adoptivo.
- Si se exige el pago de una Prima específica para proveer cobertura para un Hijo, es posible que la póliza o el contrato exijan que se proporcione a la compañía de seguros la notificación de nacimiento de un Hijo recién nacido o la presentación de la petición de adopción de un Hijo de acogida o de colocación de un Hijo para fines de adopción y el pago de la Prima exigida.
- El Suscriptor debe escoger un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) para el Hijo recién nacido o Adoptivo dentro de las 48 horas posteriores a su nacimiento o posteriores a la fecha de adopción o colocación para adopción. Este PCP puede administrar la atención del Hijo desde el momento del nacimiento o la adopción.
- El Suscriptor debe comunicarse con Health Connector o su Administrador de Inscripción para obtener más información sobre la inscripción de un Hijo recién nacido o un Hijo Adoptivo.

## Elegibilidad del empleado

Un empleado es elegible para inscribirse en Tufts Health Direct a través de un Grupo del empleador en los siguientes casos:

- Es empleado de un empleador contribuyente calificado de Massachusetts.
- Cumple con todos los requisitos de elegibilidad para empleadores.
- Vive o trabaja dentro del Área de Servicio de Tufts Health Direct.

## Cambio en el estado de elegibilidad

Es su responsabilidad informar a Health Connector o su Administrador de Inscripción sobre todos los cambios que pueden afectar su elegibilidad o la elegibilidad de sus Familiares Dependientes según el Plan, o el monto de la Prima que paga por la cobertura de su plan. La notificación debe hacerse **dentro de los 60 Días posteriores** al evento. Entre los cambios que afectan su elegibilidad o la de sus Familiares Dependientes se incluyen los siguientes:

- Un Miembro o un Familiar Dependiente fallece.
- Uno de sus Familiares Dependientes se casa.
- Usted cambia de dirección.
- Tiene un bebé o adopta un Hijo.
- Hay un cambio en su estado civil.
- Su trabajo o ingresos cambian.
- Usted o un Familiar Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan.

- Se muda fuera del Área de Servicio.

**Nota:** Los cambios en los Familiares Dependientes cubiertos por el plan y/o los cambios en los ingresos del hogar pueden dar lugar a un cambio en el tipo de Plan para el que es elegible y en la Prima que debe pagar una persona o un Grupo. Los cambios también podrían afectar el monto de los subsidios federales o estatales, o los créditos fiscales que pueda recibir.

Tufts Health Plan y Health Connector o su Administrador de Inscripción necesitan su dirección y número de teléfono actuales para poder enviarle información importante sobre beneficios y servicios. Para informar cambios en elegibilidad, dirección o número de teléfono:

- Llame al Centro de Servicio al Cliente de Health Connector al 877.623.6765 (TTY: 877.623.7773), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
- A nosotros llámenos al 888.257.1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.
- Llame al Centro de Servicio al su Administrador de Inscripción (HSA Insurance) al 781.228.2222 (sin costo: 877.777.4414), de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

## **Sin Período de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes**

No hay Períodos de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes en nuestro plan. Todos los Servicios Cubiertos están disponibles para usted a partir de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura. Si su membresía comienza mientras está hospitalizado, la cobertura empieza el día en que la membresía entra en vigor.

## **Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura**

La Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura es la fecha en que se convierte en Miembro de Tufts Health Direct y es elegible para recibir los Servicios Cubiertos de los Proveedores de Tufts Health Direct. Health Connector y el Administrador de Inscripción establecen las Fechas de Entrada en Vigor de la Cobertura para los Suscriptores individuales y Familiares Dependientes nuevos de conformidad con la ley estatal y federal. Comuníquese con Health Connector para obtener más información. Su cobertura comenzará a las 12:01 a.m. el primer Día del mes en que empieza su inscripción en Tufts Health Direct. Las personas que no cumplen con los requisitos para inscribirse fuera del período de inscripción abierta pueden solicitar una exención de inscripción. Una exención permite la inscripción fuera del período de inscripción abierta. Comuníquese con Health Connector o con la Office of Patient Protection de Massachusetts para obtener más información sobre exenciones de inscripción.

Para Suscriptores inscritos a través de un Contrato Grupal: Tendrá una Fecha de Entrada en Vigor Grupal (siempre el primer día de un mes calendario). Si su Grupo no cumple con las normas de participación, es posible que cada uno tenga que solicitar cobertura individual durante la inscripción abierta o en caso de un evento calificativo.

## **Renovación de su cobertura**

### **Suscriptores individuales y familiares de Tufts Health Direct**

La cobertura individual se renovará el 1 de enero de cada año calendario. Una persona que se inscriba o renueve la cobertura actual con una Fecha de Entrada en Vigor del 1 de febrero o después tendrá un Año de Beneficios corto. Todas las personas renovarán la membresía durante el período de inscripción abierta (del 1 de noviembre al 31 de enero). Las Primas Mensuales se basan en su Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura.

No renovaremos el Plan de Beneficios de Salud de una persona elegible si:

- No ha pagado las Primas requeridas.

- Ha cometido un Fraude o ha hecho declaraciones falsas sobre si califica o no para el plan o ha hecho declaraciones falsas sobre la información necesaria para determinar la elegibilidad para un plan de salud o para beneficios de salud específicos.
- No ha cumplido con nuestras disposiciones, el contrato de Miembro o el acuerdo del Suscriptor, que incluye, entre otros, la mudanza de una persona, empleado o Familiar Dependiente fuera de nuestra Área de Servicio.
- No cumple con las normas de elegibilidad al momento de la renovación, siempre y cuando hayamos recopilado la información suficiente para tomar dicha determinación y poner la información a disposición de Health Connector, cuando corresponda, previa solicitud.
- No cumple con nuestra solicitud razonable de información en una solicitud de cobertura.

### **Participantes de un Plan Grupal**

Los Grupos del Empleador renuevan la membresía 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura y cada 12 meses de ahí en adelante. La cobertura del empleado se renueva 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura Grupal del empleador, sin importar la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura del empleado. Las Primas mensuales se basan en la Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura Grupal del empleador.

Debe informarnos sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad o la de su Familiar Dependiente. Algunos ejemplos de esto incluyen:

- Cambios de dirección.
- Nacimiento, adopción, cambio de estado civil o fallecimiento.
- Cambios en el estado de un Familiar Dependiente inscrito, ya sea como Hijo o como Familiar Dependiente Discapacitado.
- Mudanza fuera del Área de Servicio.
- Residencia temporal fuera del Área de Servicio durante más de 90 Días consecutivos.
- Nuevo matrimonio, suyo o de su Excónyuge, cuando dicho Excónyuge es un Familiar Dependiente inscrito bajo su Cobertura Familiar.

Si un empleador participante cambia alguno de los puntos antes mencionados, nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción debemos revalidar la empresa en el momento de la renovación del Grupo. Es posible que Health Connector o el Administrador de Inscripción pidan documentos para validar la información provista por el empleador participante al momento de la renovación.

Nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción podremos no renovar el plan de un empleador si este no cumple con los requisitos de elegibilidad o de participación al momento de la renovación, o si el empleador:

- No ha pagado sus Primas.
- Ha cometido Fraude o hecho declaraciones falsas en relación con la elegibilidad de sus empleados para el plan.
- Ha hecho declaraciones falsas sobre la información necesaria para determinar el tamaño, la tarifa de participación o la Prima del Grupo.
- No cumple con los requisitos del Plan, incluido, entre otros, que el empleador o su(s) empleado(s) se mude(n) fuera del Área de Servicio del Plan.
- No cumple con nuestra solicitud razonable, o la de Health Connector, de información necesaria para verificar la solicitud de cobertura.
- No participa activamente en la empresa.

- No satisface la definición de Pequeña Empresa Elegible.

## **No renovación del plan**

Debemos notificar con al menos 60 Días de anticipación a una persona o a una Pequeña Empresa Elegible sobre nuestra intención de no renovar el Plan de Beneficios de Salud. Incluiremos las razones específicas para la no renovación de conformidad con nuestros criterios registrados. Debemos notificar con al menos 90 Días de anticipación a personas o a las Pequeñas Empresas Elegibles afectadas sobre nuestra intención de dejar de ofrecer un tipo específico de plan de salud.

## **Cancelación de la inscripción**

Si usted es un Miembro individual cuya inscripción en Tufts Health Direct ha sido cancelada, le proporcionaremos cobertura para los Servicios Cubiertos hasta las 11:59 p.m. del último Día del mes en que termina su inscripción. Si usted es un Miembro de un Grupo, consulte con su empleador para confirmar si la cobertura terminará el último día de su empleo o el último día del mes.

Su inscripción en nuestro plan puede terminar en los siguientes casos:

- Una persona o un Grupo escoge terminar la cobertura y nos informa a nosotros o a Health Connector.
- Usted es un Miembro individual o de un Grupo que no ha pagado la Prima obligatoria por 60 Días desde el primer Día del mes de cobertura por el que esta se adeuda (las personas inscritas en cobertura con subsidio tendrán 90 Días desde el primer Día del mes de cobertura por el que esta se adeuda).
- Usted comete un acto de maltrato físico o verbal que no está relacionado con su condición física o mental, que representa una amenaza para algún Proveedor, otro Miembro o para el plan o un empleado del plan.
- Usted comete un acto de declaración falsa o Fraude intencional relacionado con la cobertura, la recepción de Servicios de Atención de la Salud o el pago de esos servicios (por ejemplo, obtener o tratar de obtener beneficios según este Manual del Miembro para una persona que no es un Miembro, presentar una solicitud de reembolso falsa o hacer declaraciones falsas acerca de su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan). La cancelación puede ser retroactiva a la Fecha de Entrada en Vigor, la fecha del Fraude o la declaración falsa u otra fecha que determinemos.
- Usted no cumple con nuestras normas de acuerdo con este Manual del Miembro. En el caso de Grupos, esto puede significar que el Grupo no cumplió con los requisitos relacionados con los aportes a la Prima Grupal o que el Grupo no participa activamente en la empresa.
- Usted no cumple con nuestros requisitos de elegibilidad o los de Health Connector, como mudarse fuera del Área de Servicio.

**Nota:** Nunca solicitaremos la terminación de los servicios de un Miembro debido a un cambio negativo en su salud o al uso de servicios médicos por parte del Miembro, a una capacidad mental disminuida o una conducta poco cooperativa producto de sus necesidades especiales.

## **Fecha de entrada en vigor del término de la cobertura**

Nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción le informaremos de la fecha en que termina su cobertura del Plan. Si nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción terminamos su cobertura debido al no pago de Primas, Health Connector le informará de esto al menos 30 Días antes del término. El plazo para el término depende de cómo pague sus Primas:

- Si es una persona inscrita en una cobertura sin subsidio o un Miembro en un Grupo pequeño y no ha pagado la Prima en dos meses, nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción terminaremos su cobertura el Día después de la fecha de vencimiento del pago. Su

fecha de finalización de su cobertura es el último Día del mes en que realizó el pago total. El término es retroactivo. Por ejemplo, si hizo el último pago de la cobertura el 1 de enero, pero no pagó la Prima ni en febrero ni en marzo, nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción terminaríamos su cobertura el 1 de abril, con entrada en vigor el 31 de enero.

- Si es una persona inscrita en un Plan de ConnectorCare o recibe Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas y no ha pagado su Prima en tres meses, Health Connector terminará su cobertura el Día después de la fecha de vencimiento del pago. La fecha de finalización de su cobertura es el último Día del primer mes en que adeudaba, pero no realizó, un pago. Su término es retroactivo con un período de gracia de 30 Días. Por ejemplo, si hizo su último pago por la cobertura el 1 de enero, pero no pagó su Prima en febrero, marzo ni abril, Health Connector terminaría la cobertura el 1 de mayo, con entrada en vigor el 28 de febrero.

## **Beneficios después del término**

No pagaremos por los servicios, suministros ni medicamentos\* que reciba después de la finalización de su cobertura, incluso en los siguientes casos:

- Usted estaba recibiendo atención como Paciente Hospitalizado o Externo antes de la finalización de su cobertura.
- Usted tenía una condición médica (conocida o desconocida), como un embarazo, que requería atención médica después de la finalización de su cobertura.

\* Las solicitudes de reembolso de medicamentos deben presentarse dentro de un año a partir de la fecha del servicio.

## **Cambios en el plan de salud**

Nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripción le proporcionaremos información sobre el período de inscripción abierta anual de Tufts Health Direct. Todos los Miembros actuales de Tufts Health Direct pueden cambiar de plan por cualquier motivo durante el período de inscripción abierta.

Fuera del período de inscripción abierta, todos los Miembros pueden cambiar su inscripción en el plan de salud o el tipo de cobertura (de individual a familiar) por los siguientes motivos (denominados "eventos calificativos"):

- Matrimonio.
- Divorcio, separación legal o anulación.
- Nacimiento, adopción o colocación de un Hijo para adopción.
- Cónyuge Dependiente con la obligación de dar cobertura a un Hijo por orden de un tribunal.
- Muerte de un Cónyuge o Familiar Dependiente.
- El Familiar Dependiente cubierto alcanza el límite de edad para cobertura, por lo que deja de ser elegible para la misma.
- Usted, su Cónyuge o Familiar Dependiente elegible se muda fuera del Área de Servicio de su Plan de Salud.
- Usted, su Cónyuge o Familiar Dependiente elegible se convierte en ciudadano o residente nacionalizado de los EE. UU., inmigrante calificado o en un inmigrante que se encuentra legalmente en el país.
- Usted, su Cónyuge o Familiar Dependiente elegible es indígena, según se define en la Sección 4 de la Ley de Autodeterminación Indígena y de Ayuda a la Educación. Consulte la Ley de Autodeterminación Indígena y de Ayuda a la Educación, Título 25 del Código de los Estados Unidos, Sección 450b(d), <https://uscode.house.gov/view.xhtml?path=/prelim@title25/chapter46&edition=prelim>.

- Dicha persona puede inscribirse en un plan o cambiar a otro plan una vez por mes.
- Usted, su Cónyuge o Familiar Dependiente elegible acaba de obtener su elegibilidad para un Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas o hay un cambio en la elegibilidad para un Plan de ConnectorCare.
- Otras circunstancias excepcionales: Puede haber eventos calificativos adicionales ofrecidos por su empleador. Comuníquese con Tufts Health Plan y llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**. Consulte con Health Connector para obtener una lista completa.

El evento calificativo se debe notificar a Health Connector o su Administrador de Inscripción dentro de un plazo de 60 Días a partir del evento. Los cambios de inscripción en el plan de salud o del tipo de cobertura entrarán en vigor en la fecha del evento calificativo.

## Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo

### Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley federal (COBRA)

En virtud de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (COBRA por sus siglas en inglés) de 1985, los Miembros de un grupo pueden ser elegibles para conservar la cobertura bajo el Contrato Grupal si:

- Usted estaba inscrito en un grupo que tiene 20 empleados elegibles o más.
- Usted experimentó un evento calificativo que le pudo haber causado la pérdida de su cobertura en el grupo.
- Usted selecciona la cobertura según lo provisto de conformidad con la ley COBRA.

A continuación, encontrará un breve resumen de la continuación de cobertura de conformidad con COBRA:

- **Eventos calificativos:** Los siguientes son eventos calificativos que pueden darle derecho a la continuación de cobertura con COBRA:
  - Finalización del empleo del Suscriptor (por motivos distintos a mala conducta flagrante)
  - Reducción de las horas de trabajo del Suscriptor
  - Divorcio o separación legal del Suscriptor
  - Muerte del Suscriptor
  - Derecho del Suscriptor a Medicare
  - Pérdida de la condición como Familiar Dependiente elegible
- **Período de la continuación de la cobertura en virtud de la ley COBRA:** El período de continuación de la cobertura grupal comienza en la fecha del evento calificativo. La duración de esta continuación de la cobertura grupal será entre 18 y 36 meses, dependiendo del evento calificativo. La cobertura de COBRA finalizará al término del período máximo de cobertura, es decir, 18 meses (a menos que se extienda debido a discapacidad u otro motivo). Sin embargo, la cobertura puede finalizar antes en los siguientes casos:
  - No se paga la Prima a tiempo
  - Su grupo deja de mantener un Plan Grupal

- El grupo termina su Contrato Grupal con nosotros o Health Connector (en cuyo caso su cobertura puede continuar con otro plan de salud)
- Hay otros motivos, como la finalización de una discapacidad o convertirse en elegible para obtener otra cobertura
- **Costo de la cobertura:** En la mayoría de los casos, usted es responsable de pagar el 102 % del costo de la cobertura.
- **Continuación de la cobertura para Suscriptores discapacitados:** En el momento de la finalización del empleo o de la reducción de horas de trabajo del Suscriptor (o dentro de los 60 Días siguientes al evento calificativo, de conformidad con la ley federal), si se determina que un Suscriptor o su Familiar Dependiente elegible es discapacitado según el Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social, la continuación de la cobertura grupal estará disponible hasta por 29 meses desde la fecha del evento calificativo. El costo de la Prima por los 11 meses adicionales puede ser de hasta el 150 % de la tarifa de la Prima.
- **Inscripción:** Para inscribirse, debe llenar un formulario de elección y devolverlo a su grupo. Debe devolver el formulario dentro de los 60 Días siguientes a la fecha de finalización de la cobertura grupal o de la notificación de elegibilidad (de parte de su grupo), lo que ocurra después. Si no devuelve el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto quiere decir que no se le permitirá mantener la cobertura de este Plan según el Contrato Grupal.
- **Los beneficiarios calificados** son elegibles para la continuación de cobertura federal de COBRA, en la mayoría de los casos, durante un período de 18 o 36 meses después de la fecha del evento calificativo, dependiendo del tipo de evento calificativo. En general, la cobertura de COBRA está disponible por un máximo de 18 meses para eventos calificativos derivados de la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo. Es posible que ciertos eventos calificativos, o un segundo evento calificativo durante el período inicial de cobertura, le permitan a un beneficiario calificado recibir como máximo 36 meses de cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información, consulte la tabla "Duración de la Cobertura", a continuación.

<b>COBRA FEDERAL - DURACIÓN DE LA COBERTURA</b>		
<b>Eventos Calificativos</b>	<b>Beneficiarios Calificados</b>	<b>Período Máximo de Cobertura</b>
Finalización del empleo del Suscriptor por cualquier motivo que no sea mala conducta flagrante. Reducción de las horas de trabajo del Suscriptor	Suscriptor, Cónyuge e Hijos Dependientes	18 meses*
Divorcio, separación legal, derecho a Medicare o fallecimiento del Suscriptor	Cónyuge e Hijos Dependientes	36 meses
El Familiar Dependiente del Suscriptor o de su Cónyuge deja de serlo	Hijo Dependiente	36 meses
<p><b>*Nota importante:</b> Si en virtud de la Ley Federal del Seguro Social se determinara que un beneficiario calificado quedó discapacitado dentro de los 60 Días de la cobertura de continuación federal de COBRA para estos eventos calificativos, entonces dicho beneficiario calificado y todos los beneficiarios calificados de su familia podrían gozar de una extensión de la cobertura de COBRA hasta por 11 meses más. Es posible que usted sea responsable de pagar hasta el 150 % del costo de la cobertura de COBRA durante este período adicional de hasta 11 meses.</p>		

### **Cuándo termina la cobertura**

La cobertura de continuación federal de COBRA terminará al final del período máximo de cobertura. Sin embargo, la cobertura puede finalizar antes en los siguientes casos:

- Los costos de cobertura no se pagan oportunamente.
- Su Grupo deja de mantener un Plan de salud grupal.
- Después de la elección de COBRA, el beneficiario calificado obtiene cobertura con otro Plan de salud grupal del empleador que no contiene ninguna exclusión ni condición preexistente de ese beneficiario. No obstante, si la otra cobertura de salud grupal se obtiene antes de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no se podrá discontinuar aunque la otra cobertura continúe después de la elección de COBRA.
- Después de la elección de COBRA, el beneficiario calificado adquiere el derecho de tener beneficios federales de Medicare. No obstante, si se obtiene Medicare antes de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no se podrá discontinuar aunque la otra cobertura continúe después de la elección de COBRA.

Para obtener más información sobre COBRA, comuníquese con su Grupo o con Health Connector.

## **Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts**

Cómo calificar para la cobertura

La cobertura Grupal de un Miembro bajo el Contrato Grupal podrá terminar si el miembro experimenta un evento calificativo. Un evento calificativo se define como:

- el fallecimiento del Suscriptor;
- finalización del empleo del Suscriptor por cualquier motivo que no sea mala conducta flagrante;
- reducción de las horas de trabajo del Suscriptor;
- divorcio o separación legal del Suscriptor;

- el derecho del Suscriptor a Medicare; o
- el Familiar Dependiente del Suscriptor o de su Cónyuge deja de ser un Hijo Dependiente.

Si un Miembro experimenta un evento calificativo, podría ser elegible para continuar con la cobertura Grupal como Suscriptor o como Familiar Dependiente inscrito bajo la cobertura de continuación de Massachusetts, según se describe en la siguiente parte.

**Nota:** Las disposiciones de continuación se aplican a los Cónyuges del mismo sexo. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

### **Cuándo comienza la cobertura**

La cobertura de continuación de Massachusetts entra en vigor el día después de que termine la cobertura Grupal, en la mayoría de los casos.

### **Cuándo termina la cobertura**

La cobertura de continuación de Massachusetts termina, en la mayoría de los casos, 18 o 36 meses después de la fecha del Evento Calificativo, dependiendo del tipo de Evento Calificativo.

### **Pago de la Prima**

En la mayoría de los casos, usted es responsable de pagar el 102 % de la Prima Grupal de la cobertura de continuación de Massachusetts.

### **Normas para la continuación en Massachusetts**

En virtud de una ley de Massachusetts, similar a la COBRA, puede que sea elegible para continuar con la cobertura una vez terminada la cobertura Grupal si: estaba inscrito en Tufts Health Direct Plan a través de un Grupo de Massachusetts formado por entre 2 y 19 empleados elegibles y experimenta un evento calificativo que le cause la pérdida de cobertura de su Grupo, por lo que elige esta continuación de cobertura siguiendo el procedimiento descrito a continuación.

A un Miembro que sea elegible para la continuación de la cobertura de Massachusetts (un "beneficiario calificado") se le debe otorgar un período de elección de 60 Días para elegir o no la continuación de cobertura de Massachusetts. Este período se mide desde la última de las siguientes fechas: la terminación de cobertura del Contrato Grupal del beneficiario calificado o la fecha en que el Grupo proporciona al beneficiario calificado un aviso de elección. Para elegir esta cobertura, debe llenar un formulario de elección de continuación de cobertura de Massachusetts y entregarlo a su Grupo dentro del período de 60 Días. Para obtener más información, comuníquese con su Grupo.

### **Cobertura bajo un Contrato Individual**

Cuando termina su cobertura bajo la continuación federal de COBRA o la continuación de Massachusetts, usted y sus Familiares Dependientes inscritos podrían ser elegibles para solicitar cobertura bajo un Contrato Individual. Para obtener más información, consulte "Cobertura bajo un contrato individual" al final de este capítulo.

### **Cierre de plantas**

#### **Descripción de continuación disponible bajo un Contrato Grupal**

Según la ley de Massachusetts, los Suscriptores cuyos empleos finalicen debido al cierre de una planta o al cierre parcial cubierto con certificación estatal podrían ser elegibles, junto con sus Familiares Dependientes inscritos, para la continuación de cobertura durante un período de 90 Días. El Grupo es responsable de notificar a los Suscriptores sobre su elegibilidad. Para obtener más información, llame a su Grupo o a Servicios para Miembros.

**Nota:** Las disposiciones de continuación se aplican a los Cónyuges del mismo sexo. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

**Cobertura bajo un contrato individual:** Si su cobertura Grupal finaliza, es posible que sea elegible para inscribirse en una cobertura bajo un contrato individual ofrecido a través de Health Connector o directamente por nosotros. Tenga presente que la cobertura bajo un contrato individual puede diferir de la cobertura bajo un Contrato Grupal. Para obtener más información, llame a Health Connector al 877.623.6765 (TTY: 877.623.7773) o llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

# Servicios Cubiertos

Cubrimos los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios que se indican en este Manual y que prestan Proveedores Dentro de la Red (excepto servicios de Emergencia, que puede recibir en cualquier lugar). Usted no será responsable de pagar más que el monto exigido por servicios recibidos en un establecimiento Dentro de la Red, incluso si algunos de los Beneficios Cubiertos Médicamente Necesarios los prestan Proveedores Fuera de la Red, a menos que usted tenga una oportunidad razonable de escoger que un Proveedor Dentro de la Red preste los servicios. Si un servicio o categoría de servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto por este acuerdo (consulte también "Servicios no cubiertos" en la página 67).

Si una admisión, procedimiento o Servicio Cubierto propuesto que es Médicamente Necesario no está disponible Dentro de la Red, cubriremos la admisión, procedimiento o servicio Fuera de la Red con aprobación previa y usted no será responsable de pagar más que el monto que se exigiría por una admisión, procedimiento o servicio similar ofrecido Dentro de la Red.

La siguiente parte, "Servicios que cubrimos", indica los servicios que cubrimos para los Miembros de Tufts Health Direct. Además, su costo por los Servicios Cubiertos para cada uno de los Niveles del Plan se indica en la sección Resumen de Beneficios y Costos Compartidos que comienza después del Glosario. Revise el Resumen para su Nivel del Plan y para obtener una lista de servicios cubiertos y requisitos de Autorización Previa para los Miembros de Tufts Health Direct. Si tiene alguna pregunta, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Podemos proporcionarle más información sobre cualquiera de estos Servicios Cubiertos.

Los servicios solo están cubiertos si son Médicamente Necesarios. Los servicios Médicamente Necesarios son aquellos servicios que determinamos que son coherentes con los principios generalmente aceptados de la práctica médica. Esto quiere decir que son los menos intensivos y los más económicos disponibles y, además, son:

- Los suministros o servicios disponibles más adecuados para usted, según los posibles beneficios y daños.
- Conocidos por ser eficaces para mejorar los resultados de salud según la evidencia científica, los estándares profesionales y las opiniones expertas.

Además de cualquier limitación incluida en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos, podremos limitar o requerir Autorización Previa para Servicios Cubiertos según su Necesidad Médica.

Cuando requiera una Autorización Previa para un servicio de Salud Conductual, un Profesional de Salud Mental con Licencia tomará la determinación de si el servicio es Médicamente Necesario. No aplicaremos limitaciones de tratamiento ni Costos Compartidos a los servicios de Salud Conductual que no apliquemos a los servicios médicos.

## Servicios que cubrimos

**Nota:** Algunos de estos servicios, o todos, podrían requerir Autorización Previa. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa. Los Servicios Cubiertos deben coincidir con las Pautas de Necesidad Médica de Tufts Health Plan que estén en vigor en el momento en que se prestan los servicios o se proporcionan los suministros. Consulte nuestras Pautas de Necesidad Médica en [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](https://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

## Beneficios médicos cubiertos

### Servicios de aborto

Cubrimos el aborto quirúrgico o con medicamentos y la atención relacionada al mismo por parte de un proveedor de Tufts Health Direct sin autorización previa.

Los siguientes servicios relacionados con el aborto están cubiertos cuando se prestan junto con el procedimiento del aborto:

- Evaluación y examen previos al aborto
- Asesoramiento preoperatorio
- Ultrasonidos
- Servicios de laboratorio, incluidas las pruebas de embarazo, grupo sanguíneo y factor Rh
- Inmunoglobulina anti-D (Rh) (humana)
- Anestesia (general o local)
- Atención después del aborto
- Seguimiento
- Asesoramiento sobre anticoncepción o remisión a servicios de planificación familiar

Nota: la atención relacionada con un embarazo o aborto espontáneo no está cubierta por este beneficio.

### **Acupuntura**

Cubrimos las visitas de acupuntura de acupuntores Dentro de la Red. Este Servicio Cubierto no tiene límite de visitas.

### **Pruebas y tratamiento de alergias**

Cubrimos las pruebas de alergia y la inmunoterapia para alergias (inyecciones) médicamente necesarias realizadas por proveedores Dentro de la Red. Se aplican límites de cobertura.

### **Cirugía bariátrica**

Cubrimos ciertos procedimientos bariátricos Médicamente Necesarios para pacientes hospitalizados y externos. La cirugía y los procedimientos bariátricos requieren Autorización Previa.

### **Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica**

Cubrimos los servicios de quimioterapia y oncología radioterápica médicamente necesarios por parte de proveedores Dentro de la Red para el tratamiento del cáncer. Algunos servicios requieren autorización previa.

### **Atención quiropráctica**

Cubrimos la manipulación de la columna vertebral, ejercicios terapéuticos y estimulación eléctrica muscular para los Miembros por parte de quiroprácticos Dentro de la Red.

### **Paladar hendido/labio leporino**

Cubrimos cirugía médica, dental, bucal y facial realizada por Proveedores Dentro de la Red para Miembros menores de 18 años de edad con paladar hendido o labio leporino. Esto incluye:

- Manejo quirúrgico y atención de seguimiento por parte de cirujanos orales y plásticos.
- Tratamiento y manejo de ortodoncia.
- Odontología preventiva y de restauración para garantizar la buena salud y las estructuras dentales adecuadas para el tratamiento de ortodoncia o terapia de control con aparatos de ortodoncia, Terapia del Habla, servicios de audiología y nutrición, si los indica el médico o el cirujano tratante y certifica que los servicios son Médicamente Necesarios.

Los servicios para el tratamiento del paladar hendido y el labio leporino pueden requerir autorización previa.

### **Ensayos clínicos**

Tufts Health Plan proveerá cobertura para servicios de atención de rutina de pacientes, tanto Externos

como Hospitalizados, cuando un Miembro se inscribe en un ensayo clínico calificado. La cobertura será de acuerdo con los términos y condiciones que establezcan las leyes federales y la de Massachusetts. Cubrimos los siguientes servicios:

- Servicios de atención de rutina de Pacientes prestados por un ensayo clínico calificado realizado para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal (en la medida en que lo exijan las leyes federales y la de Massachusetts). Estos servicios de atención al paciente están cubiertos y se reembolsan en la misma medida si el paciente no recibió atención en un ensayo clínico calificado.
- No se requiere Autorización Previa para cobertura de servicios de atención de rutina de pacientes asociada con ensayos clínicos. Consulte la Pauta de Necesidad Médica correspondiente en <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/clinical-trials-routine-costs>.

## **Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio**

Cubrimos consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio de Proveedores de Tufts Health Direct para Atención Primaria o servicios de especialidad. Debemos otorgar Autorización Previa para visitas al consultorio para todos los Proveedores Fuera de la Red.

## **Servicios dentales (solo Pediátricos)**

Los servicios de atención dental pediátrica para los Miembros menores de 19 años de edad están cubiertos por medio de Delta Dental. La atención dental incluye servicios Preventivos y de restauración, así como servicios de restauración mayores y básicos que sean Médicamente Necesarios. La ortodoncia está cubierta cuando es Médicamente Necesaria y con Autorización Previa. Llame a Delta Dental al 800.872.0500 o visite <https://deltadentalma.com/epo-find-a-dentist> para obtener más información.

**Nota:** Para estos servicios pediátricos, "menores de 19 años de edad" significa el último Día del mes en que un Miembro cumple los 19 años.

## **Tratamiento de la diabetes**

Cubrimos los siguientes servicios para Miembros con diabetes si son Médicamente Necesarios para diagnosticar o tratar la diabetes insulino dependiente, que requiera el uso de insulina, que no requiera el uso de insulina o que sea gestacional:

- Servicios para Pacientes Externos de capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes. Esto incluye terapia médica nutricional. Un Proveedor Dentro de la Red que sea un Proveedor certificado en servicios para diabéticos debe prestar estos servicios.
- Servicios de podología para tratar condiciones podiátricas de Miembros diagnosticados con diabetes, como análisis de laboratorio y radiografías, cirugía y atención posoperatoria necesaria, cuidado de rutina del pie (como limado de callos, corte de uñas u otra atención higiénica) y otra atención del pie Médicamente Necesaria provista por Proveedores Dentro de la Red en establecimientos Dentro de la Red.
- Análisis de laboratorio para la diabetes, como análisis de hemoglobina glucosilada (o HbA1c), análisis de proteína en la orina o microalbúmina y perfiles lipídicos.
- Bombas y suministros para bombas de insulina, sintetizadores de voz (con Autorización Previa) y dispositivos de aumento de la visión cuando sean Médicamente Necesarios para uso en el hogar para personas legalmente ciegas.
- Zapatos terapéuticos y personalizados, así como plantillas para el Miembro con enfermedad grave de pie diabético: Un Podólogo u otro médico calificado Dentro de la Red debe recetar los zapatos o las plantillas y un Podólogo, ortesista, especialista en prótesis o podortesista Dentro de la Red debe proporcionarlos.

- Medicamentos prescritos para la diabetes: Insulina, plumas de insulina, agujas y jeringas de insulina; lancetas; tiras de monitorización de glucosa en sangre, glucosa en orina y cetonas; medicamentos orales para la diabetes que influyen en los niveles de azúcar en la sangre, y monitores de glucosa en la sangre (CGM por sus siglas en inglés) continuos y suministros CGM relacionados. Algunos de estos productos pueden requerir Autorización Previa. Nuestro Formulario muestra los medicamentos y suministros cubiertos para la diabetes.

## **Diálisis**

Cubrimos servicios de diálisis Médicamente Necesarios. Se requiere Autorización Previa si la diálisis la proporciona un Proveedor Fuera de la Red.

## **Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)**

Cubrimos algunos DME. La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Ciertos DME requieren Autorización Previa. Algunos ejemplos de los beneficios de los DME son, entre otros:

### **Prótesis auditivas**

Cubrimos prótesis auditivas Médicamente Necesarias para Miembros de hasta 21 años. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro, según se indica en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Plan. Se proporciona cobertura adicional para servicios relacionados, como evaluaciones para prótesis auditivas, prueba y ajuste de prótesis auditivas y suministros, incluyendo moldes para las orejas.

### **Suministros médicos**

Cubrimos suministros médicos desechables recetados y Médicamente Necesarios para tratar una condición médica específica, hasta los límites documentados en su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos. Los ejemplos de suministros médicos cubiertos incluyen suministros de ostomía, traqueostomía y catéter. Estos suministros médicos se deben obtener de un proveedor que tenga un acuerdo con Tufts Health Direct Plan para proveer dichos suministros.

### **Órtesis**

Proporcionamos cobertura para aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos hechos a medida o mecánicos cuando sean Médicamente Necesarios, excluidos los dispositivos bucales.

Cubrimos plantillas sin Autorización Previa solo para Miembros con diabetes.

### **Servicios de equipo de oxígeno y de terapia respiratoria**

Cubrimos equipo de oxígeno y de terapia respiratoria con Autorización Previa, como los siguientes:

- Sistemas de oxígeno líquido ambulatorio y reposiciones
- Aspiradores
- Nebulizadores impulsados por compresor
- Respiradores de presión positiva intermitente
- Oxígeno, gas de oxígeno, dispositivos generadores de oxígeno y alquiler de equipos de oxigenoterapia

### **Dispositivos protésicos**

Cubrimos los costos (incluidas las reparaciones) de prótesis mamarias y brazos y piernas protésicos. Se proporciona cobertura para el modelo Médicamente Necesario más adecuado que satisfaga de forma debida las necesidades del Miembro. Se requiere Autorización Previa.

### **Notas:**

- Se proporciona cobertura para el modelo Médicamente Necesario más adecuado que satisfaga de forma debida las necesidades del Miembro.

- Las prótesis mamarias requieren Autorización Previa, excepto cuando se provean en relación con una mastectomía.

### **Prótesis capilares o pelucas**

Cubrimos las prótesis capilares hechas específicamente para una persona o una peluca cuando se necesita para la pérdida de cabello sufrida como resultado del tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia o de una determinada condición patológica, como la alopecia areata, la alopecia totalis o la alopecia medicamentosa, o la pérdida permanente del cabello del cuero cabelludo debido a una lesión. No se proporcionan beneficios para pelucas cuando la pérdida de cabello se debe a: calvicie de patrón masculino; calvicie de patrón femenino; o envejecimiento natural o prematuro.

### **Servicios de intervención temprana**

Cubrimos servicios de intervención temprana prestados por un Proveedor que es un Especialista certificado en intervención temprana. Estos servicios deben ser parte de un programa de intervención temprana que cumpla con los estándares del Departamento de Salud Pública. Este beneficio es solo para Miembros desde el nacimiento hasta los tres años que cumplan con los criterios establecidos. No hay cargos, Copagos, Deducibles ni Coaseguro para estos servicios cuando son parte del Programa de Intervención Temprana. Los límites de los beneficios que se aplican a los servicios de Rehabilitación no se aplican a los servicios de Intervención Temprana. Los servicios de intervención temprana incluyen lo siguiente:

- Atención de enfermería
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia
- Orientación psicológica
- Terapia del habla

### **Transporte de Emergencia y de no Emergencia**

Cubrimos servicios de transporte en ambulancia terrestre, aérea y marítima en caso de Emergencia, sin Autorización Previa. Podemos cubrir transporte en ambulancia que no sea de Emergencia con Autorización Previa. No cubrimos transporte de ida y vuelta a las citas médicas. No cubrimos el uso de vehículos silla.

### **Servicios de Planificación Familiar**

Cubrimos Servicios de Planificación Familiar de parte de un médico Dentro de la Red (PCP, obstetra o ginecólogo), Enfermera Practicante, Asistente Médico o enfermera partera certificada. Estos servicios incluyen lo siguiente:

- Orientación sobre anticonceptivos
- Exámenes de diagnóstico
- Consultas médicas
- Exámenes de embarazo
- Anticonceptivos recetados y de venta libre que hayan sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, cuando lo receta un Proveedor Dentro de la Red durante una cita en el consultorio. Nuestro Formulario incluye anticonceptivos recetados cubiertos. Los anticonceptivos de venta libre incluyen, por ejemplo, DIU, anticonceptivos implantables y capuchones cervicales. Para ver una lista completa de anticonceptivos de venta libre, consulte la lista de Servicios Preventivos en <https://tuftshhealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services>
- Exámenes médicos de rutina

Consulte la sección "Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud" para obtener más información.

## **Reembolso de centro de acondicionamiento físico**

Cubrimos tres meses de tarifas de un centro de acondicionamiento físico después de que ha sido Miembro de Tufts Health Direct durante cuatro meses. El reembolso no incluye cuotas iniciales. Consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan al final de este *Manual del Miembro* para obtener más información.

Si usted es Suscriptor de un plan individual que solicita este reembolso, puede presentar un formulario de reembolso, con los recibos detallados adjuntos, una vez por Año de Beneficios. Solo reembolsaremos las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico de nivel individual. El reembolso se pagará al Suscriptor del plan individual.

Si usted es Suscriptor de un plan familiar que solicita este reembolso, puede presentar un formulario de reembolso, con los recibos detallados adjuntos, una vez por familia por Año de Beneficios. Solo el Suscriptor puede solicitar este reembolso en nombre de la familia o las personas en el plan familiar.

Reembolsaremos una vez por Año de Beneficios las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico de nivel familiar o individual. El reembolso se pagará al Suscriptor del plan familiar.

Llámenos al **888.257.1985** y le enviaremos un formulario de reembolso para que lo llene. También puede obtener el formulario en <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/forms-documents/forms-documents>.

**Nota:** Este reembolso cubre las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico estándar. Un centro de acondicionamiento físico estándar ofrece máquinas para entrenamiento de cardio y fortalecimiento, así como otros programas para mejorar la condición física. Este reembolso no incluye centros de acondicionamiento físico de lujo, clubes de campo, clubes sociales, clubes de tenis, clubes de gimnasia, estudios de pilates o yoga, centros de artes marciales, centros aeróbicos o solo con piscina, entrenadores personales, entrenadores deportivos ni la adquisición de máquinas de ejercicio para uso personal o en el hogar.

## **Servicios de afirmación de género**

Cubrimos los servicios de afirmación de género Médicamente Necesarios, incluidas las cirugías de reconstrucción, la depilación y la terapia del habla. Se requiere Autorización Previa.

## **Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla)**

### **Fisioterapia y Terapia Ocupacional**

Las terapias están cubiertas, Dentro de la Red, para evaluación y tratamientos de restauración a corto plazo necesarios para lograr su mayor nivel de independencia funcional. La atención se proporciona en la forma más oportuna posible y cuando determinamos que la terapia tendrá resultados de mejora significativa, sostenida y medible de la condición. Requerimos Autorización Previa para los servicios de Terapia de Rehabilitación después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional de Rehabilitación están cubiertas hasta 60 visitas combinadas por Miembro por Año de Beneficios. Además, requerimos Autorización Previa para los Servicios de Habilitación después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional de Habilitación están cubiertas hasta 60 visitas combinadas por Miembro por Año de Beneficios. No se aplican estos Límites cuando los servicios se prestan para tratar trastornos del espectro autista.

### **Rehabilitación cardíaca**

Cubrimos servicios especializados de Rehabilitación cardíaca.

### **Trastornos del habla, la audición y el lenguaje**

Cubrimos el diagnóstico y el tratamiento de trastornos del habla, la audición y el lenguaje cuando recibe servicios de un patólogo del habla y el lenguaje, audiólogo o terapeuta con licencia y registrado como parte de un plan de tratamiento formal para pérdida o problemas del habla. Cubrimos estos servicios en

un Hospital, clínica o consultorio privado. Requerimos Autorización Previa después de 30 visitas cubiertas. Todos los Proveedores y establecimientos de servicios deben estar Dentro de la Red.

## **Atención médica a domicilio**

Cubrimos determinados servicios de salud a domicilio prestados por una agencia de salud domiciliaria Dentro de la Red, siempre y cuando su hogar no sea un Hospital o una institución de Rehabilitación o de Enfermería Especializada. Debe estar confinado en el hogar\* para poder recibir Servicios de Atención Médica a domicilio.

Los servicios también deben ser parte de un plan de servicios de salud a domicilio aprobado por el Proveedor. Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio. Los Servicios Cubiertos incluyen los siguientes:

- Equipo Médico Duradero (DME)
- Atención de Enfermería Especializada de medio tiempo o intermitente.
- Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla.
- Servicios auxiliares de salud a domicilio de medio tiempo o intermitentes.
- Servicios médicos o psiquiátricos de trabajo social.
- Consultas nutricionales.

**\*Nota:** Para ser considerado como confinado en el hogar, no tiene que estar postrado en cama. Sin embargo, su condición debe ser tal que exista una incapacidad normal para salir de casa y, como consecuencia, salir de casa exigiría un esfuerzo considerable y agotador. Si sale de casa, puede que lo consideren confinado en el hogar si las ausencias de la casa son poco frecuentes o por períodos relativamente cortos, o para recibir tratamiento médico. Tenga presente que este confinamiento no se aplica a los Servicios Cubiertos para cuidado paliativo bajo este beneficio.

## **Cuidados paliativos**

Cubrimos los cuidados paliativos para Miembros con enfermedades terminales ("enfermedad terminal" significa tener una expectativa de vida de seis meses o menos, según la certificación de un Proveedor Dentro de la Red) que acepten, junto con sus Proveedores, no seguir con un programa de tratamiento curativo. Se requiere Autorización Previa. Los servicios deben ser el equivalente a los servicios de cuidados paliativos provistos por un Proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare y regulado por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Cubrimos un paquete de servicios, tales como:

- Suministros biológicos.
- Asesoramiento (por ejemplo, duelo, dieta, espiritual).
- El asesoramiento por duelo incluye servicios para la familia del Miembro hasta un año después de la muerte del Miembro.
- Medicamentos.
- Servicios de auxiliar doméstico/de salud en el hogar.
- Servicios de atención institucional.
- Servicios médicos y sociales.
- Suministros médicos.
- Enfermería.
- Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla y el Lenguaje.
- Atención de Proveedores.

- Servicios de atención para Paciente Hospitalizado a corto plazo.

Los servicios de cuidados paliativos se definen como un programa coordinado y certificado de servicios provistos a un Miembro con enfermedad terminal. Dichos servicios se pueden proveer:

- en un entorno domiciliario;
- en condiciones Hospitalarias a corto plazo, para el control del dolor y manejo de problemas clínicos agudos y graves que, por razones médicas, no se puedan manejar en un entorno domiciliario.

El límite de 100 Días de atención en un Centro de Enfermería Especializada y en un Hospital de Rehabilitación descritos en su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Nivel del Plan no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.

## **Vacunación**

Cubrimos las vacunaciones Preventivas de rutina y otras vacunaciones Médicamente Necesarias. Consulte la información adicional en la sección "Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud".

## **Servicios de infertilidad**

Cubrimos el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad. Los Proveedores Dentro de la Red deben proveer servicios de acuerdo con la ley de Massachusetts. La "infertilidad" se define como la condición de una persona que no puede concebir o producir concepción durante un período de:

- Un año si la mujer tiene 35 años o menos
- Seis meses si la mujer es mayor de 35 años

**Nota:** Los intentos de concebir para cumplir con el diagnóstico de Infertilidad se pueden llevar a cabo de manera natural o mediante inseminación artificial.

**Calificación:** Si una persona concibe pero no puede llevar el embarazo hasta el nacimiento de un bebé vivo, el período en que intentó concebir antes de quedar embarazada se incluye en el cálculo del período de un año o seis meses, según corresponda.

Los servicios de infertilidad son Servicios Cubiertos solo para Miembros diagnosticados con infertilidad y:

- Que cumplan nuestras Pautas de Necesidad Médica para la cobertura de servicios de infertilidad, que están basadas en los antecedentes médicos del Miembro, pruebas de diagnóstico y evaluaciones médicas
- Que cumplan los requisitos de elegibilidad de los Proveedores de servicios de infertilidad Dentro de la Red

En la medida en que los costos relacionados con el donante no estén cubiertos por el seguro de salud del donante u otra cobertura de salud y el Miembro esté en un tratamiento activo para la infertilidad, los Servicios Cubiertos incluyen la obtención y el procesamiento de óvulos, esperma u óvulos inseminados de donantes o el proceso de almacenar esperma o embriones en un banco.

Cubrimos los siguientes servicios de infertilidad Médicamente Necesarios, que podrían requerir Autorización Previa:

- Los siguientes servicios y suministros son provistos en relación con una evaluación o tratamiento de infertilidad:
- Inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se realiza sin esperma de un donante (la pareja)
- Exámenes y procedimientos de diagnóstico
- Obtención, procesamiento y almacenamiento a largo plazo (más de 90 Días) en un banco del esperma cuando está relacionado con el tratamiento activo para la infertilidad

- Los siguientes procedimientos con Autorización Previa, de acuerdo con nuestros criterios de revisión clínica:
- Inseminación artificial (intracervical o intrauterina) cuando se realiza con esperma\* de un donante o gonadotropinas
- Obtención y procesamiento de óvulos u óvulos inseminados y almacenamiento de embriones en un banco cuando está relacionado con el tratamiento de infertilidad
- Los siguientes procedimientos\*\* son de "tecnología de reproducción asistida" (ART por sus siglas en inglés) con Autorización Previa, de acuerdo con nuestros criterios de revisión clínica:
- Ovocitos de donante (DO por sus siglas en inglés)
- Transferencia de embriones congelados (FET por sus siglas en inglés)
- Transferencia intratubárica de gametos (GIFT por sus siglas en inglés)
- Inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la infertilidad por factores masculinos
- Fertilización in vitro y transferencia de embriones (IVF-ET por sus siglas en inglés)
- Transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT por sus siglas en inglés)
- Los exámenes de Diagnóstico Genético Previo a la Implantación (PGD por sus siglas en inglés) con IVF están cubiertos cuando se conoce que alguno de los miembros de la pareja es un portador de ciertos trastornos genéticos. Además de los Servicios de Infertilidad provistos según la ley de Massachusetts (tal como se describió anteriormente), los exámenes de PGD con IVF podrían estar cubiertos para Miembros que no tengan un diagnóstico de infertilidad en determinadas circunstancias en las que el feto podría correr riesgo de padecer un trastorno genético hereditario asociado con una discapacidad grave o una muerte prematura. Se requiere una Autorización Previa de un Revisor Autorizado. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros y consulte las Pautas de Necesidad Médica para el "Diagnóstico Genético Previo a la Implantación" en nuestro sitio web en <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/pre-gen-diag>.

\* El esperma de donante está cubierto solo cuando la pareja tiene un diagnóstico de infertilidad por factores masculinos o cuando el esperma del donante se usa como alternativa a un PGD, cuando una pareja cumple los criterios para el PGD.

\*\* Los procedimientos de ART incluyen evaluación de diagnóstico, exámenes, estimulación ovárica, extracción de óvulos, obtención y procesamiento de esperma y óvulos u óvulos inseminados, transferencia de embriones y almacenamiento en bancos de embriones adicionales cuando están relacionados con el tratamiento activo para la infertilidad, según corresponda.

En virtud de sus beneficios de medicamentos recetados: Los servicios de terapia con medicamentos orales e inyectables usados en el tratamiento para la infertilidad están cubiertos cuando se aprueba que reciba un tratamiento para la infertilidad cubierto y cuando se obtienen de una farmacia especializada Dentro de la Red. Nuestro Formulario incluye las terapias con medicamentos cubiertos.

Exclusiones de servicios de infertilidad relacionados:

- Cualquier procedimiento experimental de infertilidad según lo definan las normas aplicables de Massachusetts.
- Servicios de infertilidad para cualquier Miembro que no viva en Massachusetts.
- Reversión de esterilización voluntaria.

- Portadora gestacional.
- Los costos de la portadora gestacional se refieren a todos los costos en los que incurre una mujer fértil para lograr un embarazo como portadora gestacional para una Miembro infértil. Estos costos incluyen, entre otros: (1) el uso del óvulo de una donante y de una portadora gestacional; (2) los costos de los medicamentos necesarios para lograr la implantación en una portadora gestacional, la transferencia del embrión y la criopreservación de embriones; y (3) los costos de la atención de maternidad si la portadora gestacional no fuera Miembro.
- Una portadora gestacional es una persona que porta y da a luz a un Hijo por otra persona a través de inseminación artificial o de implantación quirúrgica de un embrión.
- Una portadora gestacional es una sustituta sin vínculo biológico con el embrión/Hijo.

### **Atención médica para pacientes hospitalizados**

Cubrimos los servicios médicos Médicamente Necesarios para Pacientes Hospitalizados prestados en un entorno Hospitalario con licencia Dentro de la Red 24 horas al día. Las admisiones de Pacientes Hospitalizados para procedimientos electivos pueden requerir Autorización Previa. No se requiere Autorización Previa para los servicios de Emergencia, que están disponibles Dentro y Fuera de la Red. Desde una sala de Emergencias, puede ser admitido para Observación. Debería llamarnos dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso de Emergencia.

### **Hospital de rehabilitación**

Cubrimos los servicios diarios de rehabilitación Médicamente Necesarios prestados en un entorno de Paciente Hospitalizado por un máximo de 60 Días por Miembro por Año de Beneficios, en un Hospital de Rehabilitación Dentro de la Red para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Enfermedades Crónicas. Se requiere Autorización Previa.

### **Centro de Enfermería Especializada**

Cubrimos la atención diaria de Enfermería Especializada Médicamente Necesaria en un entorno de Paciente Hospitalizado por un máximo de 100 Días por Miembro por Año de Beneficios, en un Centro de Enfermería Especializada Dentro de la Red. Se requiere Autorización Previa.

### **Cirugía para pacientes hospitalizados**

#### **Trasplante de órganos**

Cubrimos trasplantes de órganos humanos, lo que incluye los trasplantes de médula ósea, con Autorización Previa. Los Miembros deben cumplir con los criterios fijados por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts. Los trasplantes deben ser procedimientos quirúrgicos no experimentales realizados por un Proveedor Dentro de la Red. La cobertura incluye costos de donante cadavérico y donante vivo, si no están cubiertos por la cobertura del donante. No cubrimos los costos de donante para Miembros que donan órganos a personas que no son Miembros o receptores de trasplantes que no son Miembros de Tufts Health Direct. No cubrimos las búsquedas personales de órganos sólidos o donaciones de células madre fuera del banco de órganos.

### **Procedimientos reconstructivos, mastectomías y cirugías para tratamiento de deformidades o discapacidades funcionales**

Se proporciona cobertura para el costo de lo siguiente:

- Servicios para el alivio del dolor o para restituir una función corporal deficiente a causa de un defecto congénito (incluido el tratamiento de labio leporino o paladar hendido para Hijos menores de 18 años, conforme a lo exigido por la ley de Massachusetts\*\*), anomalías de nacimiento, lesiones traumáticas o procedimiento quirúrgico cubierto (debe estar aprobado por un Revisor Autorizado).
- Los siguientes servicios en relación con una mastectomía:
- Reconstrucción del seno afectado por la mastectomía
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica

- Prótesis\* y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía (incluido el linfedema)
- La remoción de un implante mamario está cubierta cuando exista una de las siguientes condiciones:
- El implante se colocó después de una mastectomía
- Hay una ruptura documentada de un implante de silicona
- Hay evidencia documentada de enfermedad o infección autoinmune

\* Las prótesis mamarias están cubiertas según lo descrito en el apartado "Dispositivos protésicos" de la sección "Equipo Médico Duradero".

\*\*No se requiere la Autorización Previa de un Revisor Autorizado para el tratamiento del labio leporino ni del paladar hendido en Hijos menores de 18 años.

Importante: No está cubierta la extracción de implantes mamarios de solución salina rotos o intactos, excepto según se especificó anteriormente.

**Nota:** La cirugía cosmética no está cubierta.

## Atención de maternidad

### Paciente Hospitalizada

Cubrimos lo siguiente:

- Servicios de hospitalización y parto para la madre en un centro Dentro de la Red (el parto en casa no es un beneficio cubierto). La estancia Hospitalaria de la madre está cubierta en el establecimiento donde dio a luz durante al menos:
- 48 horas después de un parto vaginal
- 96 horas después de un parto por cesárea

**Nota:** Solo el obstetra, pediatra o enfermera partera certificada tratantes y la madre (y no el Plan) pueden tomar la decisión de reducir la estancia Hospitalaria de la madre y del Niño.

- Costos de guardería de rutina y atención de recién nacido para un recién nacido saludable. Esto incluye:
- Atención pediátrica
- Circuncisión de rutina realizada por un Proveedor
- Exámenes de detección de enfermedades de la audición para recién nacidos realizados por un Proveedor Dentro de la Red antes de que el Niño recién nacido (un niño menor de tres meses) reciba el alta del Hospital o como lo indiquen las normas del Departamento de Salud Pública de Massachusetts
- Los Servicios Cubiertos incluirán una visita a domicilio de una enfermera registrada, un médico o una enfermera partera certificada y visitas a domicilio adicionales, cuando sean Medicamente Necesarias y de parte de un Proveedor de cuidados de salud con licencia. Los Servicios Cubiertos incluirán también, entre otras cosas, educación para padres, ayuda y capacitación sobre lactancia o alimentación con biberón, y la realización de todos los exámenes clínicos necesarios y adecuados. Estos Servicios Cubiertos estarán disponibles para una madre y su Hijo recién nacido independientemente de que les hayan dado o no el alta de forma prematura (un alta Hospitalaria menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea).

**Nota:** La atención que era posible prever antes de salir del Área de Servicio no está cubierta. Esto

incluye, entre otras cosas, partos fuera del Área de Servicio dentro de un mes de la fecha probable de parto, lo que incluye la atención posparto y la atención provista al Hijo recién nacido.

No hay cobertura fuera del Área de Servicio para parto o problemas con el embarazo en ningún momento después de la semana 36 del embarazo o dentro de las 4 semanas previas a la fecha probable de parto y tampoco si el Proveedor le comunica que corre riesgo de parto prematuro. El parto está cubierto solo en establecimientos Dentro de la Red. El parto en casa no está cubierto por Tufts Health Direct.

## **Paciente Externa**

Cubrimos los siguientes servicios de maternidad para Pacientes Externas:

- Clases sobre lactancia, bombas para los senos y suministros relacionados.
- Clases de parto: Para obtener información sobre este beneficio, incluyendo la cobertura y los Proveedores disponibles, comuníquese con Servicios para Miembros.
- Exámenes y análisis posparto: Atención posparto de rutina para Pacientes Externas. Esto incluye consultas sobre lactancia de un Proveedor capacitado Dentro de la Red.
- Exámenes y análisis prenatales: Atención prenatal de rutina para Pacientes Externas; por ejemplo, evaluación y revisión del progreso, exámenes físicos, y registro de peso y control de presión arterial.

## **Medicamentos administrados por un profesional de la salud**

Cubrimos los medicamentos y productos biológicos Médicamente Necesarios, administrados por el médico y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés), así como los servicios de administración asociados. Es posible que se requiera autorización previa.

## **Fórmulas médicas**

Cubrimos las fórmulas médicas y los alimentos bajos en proteínas para tratar determinadas condiciones. Esta cobertura incluye:

- Fórmulas médicas especiales que están aprobadas por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts y que son médicamente necesarias para que usted pueda tratar una de las condiciones enumeradas: homocistinuria; enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce; fenilcetonuria; acidemia propiónica; acidemia metilmalónica; o tirosinemia.
- Fórmulas enterales que necesita utilizar en casa y que son médicamente necesarias para tratar la mala absorción causada por una de las condiciones enumeradas: enfermedad de Crohn; pseudoobstrucción intestinal crónica; reflujo gastroesofágico; motilidad gastrointestinal; colitis ulcerosa; o enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos.
- Productos alimenticios modificados para que sean bajos en proteínas y que son médicamente necesarios para que usted pueda tratar enfermedades hereditarias de aminoácidos y ácidos orgánicos (puede comprar estos productos alimenticios directamente a un distribuidor).

Consulte nuestras Pautas de Necesidad Médica en <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/oral-formula-massachusetts-products-m>.

## **Asesoramiento nutricional**

Cubrimos el asesoramiento nutricional. Es posible que se requiera Autorización Previa. Esto incluye diagnóstico relacionado con la nutrición, servicios terapéuticos y de asesoramiento ofrecidos por un dietista o nutricionista profesional registrado para propósitos de control de enfermedades. El asesoramiento nutricional incluye una evaluación inicial del estado nutricional seguida por visitas planificadas para intervenciones nutricionales para tratar enfermedades médicas.

## **Análisis de laboratorio, imágenes radiológicas y otros exámenes de diagnóstico para Pacientes Externos**

Cubrimos análisis de laboratorio, imágenes radiológicas y otros exámenes de diagnóstico para Pacientes Externos Dentro de la Red. Debe tener una Autorización Previa para análisis de laboratorio, radiografías u otros exámenes de diagnóstico realizados como un Paciente Externo en un Hospital o laboratorio independiente Fuera de la Red. Si recibe estos servicios fuera de la Red sin Autorización Previa, es posible que sea responsable de pagar el costo total de la atención, incluso si lo refirió un Proveedor Dentro de la Red o un Proveedor Sustituto. No todos los Proveedores saben qué establecimientos están Dentro de la Red y algunos pueden enviarlo a un establecimiento Fuera de la Red. Si tiene alguna pregunta, llame al **888.257.1985** o visite [tuftshealthplan.com/directproviders](https://tuftshealthplan.com/directproviders)

para buscar un laboratorio o establecimiento Dentro de la Red.

### **Servicios de laboratorio**

Cubrimos servicios de laboratorio Dentro de la Red que su Proveedor indique para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de una enfermedad, y para mantener su salud.

Los análisis de laboratorio deben ser ordenados por un Médico, un Asistente Médico o una Enfermera Registrada de Práctica Avanzada. Además, los análisis deben hacerse en un laboratorio con licencia.

Ciertos análisis de laboratorio pueden requerir Autorización Previa, como exámenes genéticos y otros.

Tenga en cuenta que ciertos análisis de laboratorio asociados con la Atención Preventiva de rutina están totalmente cubiertos cuando se facturan de conformidad con nuestra Política de Servicios Preventivos. Un ejemplo de esto es Cologuard, una prueba de detección de cáncer colorrectal. Para obtener información adicional sobre esta política, consulte nuestro sitio web en <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services>.

Si no se facturara un análisis de laboratorio según esta política, quedará sujeto a los Costos Compartidos para "Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos" que se especifican en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos del Anexo B. Tenga en cuenta que estas pruebas de laboratorio incluyen, entre otros: análisis de sangre; análisis de orina; cultivos de garganta; exámenes de hemoglobina glucosilada (A1c); exámenes genéticos; y perfiles de proteinuria, microalbúmina y lípidos.

### **Servicios de imagenología (Radiología)**

Cubrimos servicios de imágenes radiológicas prestados por Proveedores Dentro de la Red, como los siguientes:

- Mamografías
- IRM
- TEP y TC
- Radiografías

Algunos de estos, IRM, ARM, TC, cardiología nuclear para Pacientes Externos y TEP, requieren Autorización Previa. Consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan al final de este *Manual del Miembro* para obtener información más detallada. O llámenos al **888.257.1985** para obtener más información.

### **Otros exámenes de diagnóstico**

Es posible que otros exámenes de diagnóstico estén cubiertos, como electrocardiogramas, exámenes de detección de alergias y estudios del sueño. Es posible que se requiera Autorización Previa.

### **Cirugía para Pacientes Externos**

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos y los servicios de anestesia relacionados con la cirugía cubierta que se realicen en un centro de cirugía para Pacientes Externos Dentro de la Red o en el quirófano de un Hospital Dentro de la Red. Algunos procedimientos requieren Autorización Previa. Consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su tipo de Tufts Health Direct Plan para obtener información de establecimientos de Cirugía para Pacientes Externos y Costos Compartidos de honorarios profesionales.

### **Control del dolor**

En cumplimiento de la ley de Massachusetts, Tufts Health Plan ofrece cobertura para servicios y medicamentos para el control del dolor que son alternativas a los opioides. Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Acupuntura
- Asesoramiento nutricional
- Fisioterapia

- Manipulación de columna y medicina quiropráctica

Para encontrar un Proveedor para estos servicios, visite nuestro sitio web. Haga clic en la herramienta "Find a Doctor or Hospital" para iniciar su búsqueda. También puede llamar a Servicios para Miembros a fin de obtener ayuda para encontrar un Proveedor.

Tenga en cuenta que se podría requerir Autorización Previa para estos servicios. Consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos de su Plan para determinar si estos servicios requieren Autorización Previa.

Los medicamentos para el control del dolor que son alternativas a los opioides incluyen, entre otros:

- Inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2), como celecoxib.
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno.

Para obtener información sobre los medicamentos alternativos a los opioides, llámenos al **888.257.1985**.

## Podología

Cubrimos servicios de podología que no son de rutina Médicamente Necesarios para Miembros cuando un Podólogo con licencia Dentro de la Red realiza el servicio. Cubrimos el cuidado de rutina de los pies solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.

## Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud

Cubrimos los Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud sin Costos Compartidos en la medida exigida por la Ley de Asistencia Asequible. Los Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud enumerados a continuación son los más comunes. Para obtener una lista completa y actualizada de los Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud cubiertos, consulte nuestra lista de Servicios Preventivos en [tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services](http://tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services).

**Nota:** Cualquier atención de seguimiento determinada como Médicamente Necesaria como resultado de un examen físico de rutina puede estar sujeta a Costos Compartidos.

## Para Niños

- Exámenes de detección de enfermedades hereditarias y metabólicas al nacer.
- Vacunas, pruebas de tuberculina, hematocrito, hemoglobina, examen de plomo en sangre u otros análisis de sangre y orina adecuados según la recomendación de un Proveedor.
- Examen de detección de enfermedades de la audición para recién nacidos antes del alta de un Hospital o centro de maternidad.
- Atención de recién nacidos para recién nacidos inscritos adecuadamente e Hijos Adoptivos; por ejemplo, para defectos congénitos y anomalías de nacimiento diagnosticados médicamente o nacimiento prematuro.
- Examen físico, antecedentes, mediciones, exámenes de detección sensorial, evaluación neuropsiquiátrica y exámenes de detección del desarrollo y evaluaciones en los siguientes intervalos:
  - Seis veces durante el primer año de vida del Niño después del nacimiento.
  - Tres veces durante el segundo año de vida (edades de 1 a 2).
  - Anualmente desde los 2 hasta los 5 años (hasta los 6 años).
- Exámenes físicos de rutina y evaluaciones de Salud del Desarrollo/Conductual para Niños de 6 años y más, lo que incluye exámenes de la vista y la audición.

## Para adultos

- Asesoramiento nutricional y educación sobre salud.
- Exámenes médicos de rutina (uno por Año de Beneficios), análisis de laboratorio y radiografías de rutina relacionadas.
- Vacunaciones preventivas de rutina recomendadas.
- Procedimientos y pruebas de detección Preventiva de rutina (por ejemplo, colonoscopias de detección sin presencia de síntomas, con intervención quirúrgica o sin ella).

## Para mujeres, lo que incluye las mujeres embarazadas

- Mamografías iniciales para mujeres de entre 35 y 40 años y mamografías de detección anuales de rutina una vez por Año de Beneficios para mujeres de 40 años en adelante.
- Análisis de laboratorio relacionados con la atención de maternidad de rutina.
- Procedimientos voluntarios de esterilización.
- Servicios sobre lactancia, bombas para los senos y suministros relacionados.
- Consultas sobre lactancia y apoyo de un Proveedor capacitado Dentro de la Red.
- Medicamentos recetados y anticonceptivos de venta libre incluidos en nuestro Formulario, como se describió anteriormente en la sección "Servicios de Planificación Familiar".
- Cuidado prenatal.
- Examen ginecológico de rutina. Dependiendo del resultado de su prueba de Papanicolaou (Pap) anterior, se incluye una prueba de Pap anual por Año de Beneficios. Debe consultar a un Proveedor Dentro de la Red (PCP, obstetra o ginecólogo), a una Enfermera Practicante o a una enfermera partera certificada.

Es posible que algunos análisis o exámenes de laboratorio solicitados por un Proveedor durante un examen Preventivo no califiquen como Servicios Preventivos. El examen de diagnóstico y examen de laboratorio adicionales pueden estar sujetos a Costos Compartidos.

## Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar

Los Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar y de Consumir Tabaco que cubre Tufts Health Direct incluyen servicios de asesoramiento para dejar de fumar individuales, grupales y telefónicos provistos según las pautas vigentes dispuestas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y que cumplan los requisitos de la Ley de Asistencia Asequible.

Además, Tufts Health Direct proporciona la cobertura de fármacos para dejar de fumar recetados y fármacos genéricos para dejar de fumar de venta libre, cuando se los recete su PCP. Consulte también "Apoyo de salud y bienestar", "Ayuda para dejar de fumar", en la página 73.

## Telehealth

Ofrecemos la cobertura de los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios de Proveedores Dentro de la Red que son apropiados para proporcionarse por teléfono, video u otra tecnología. Ejemplos comunes incluyen, entre otros, ver a su PCP o proveedor de Salud Conductual a través de un portal de video proporcionado por el Proveedor. Consulte la definición de Telehealth en el Glosario para ver otros ejemplos.

## Cuidado de la vista

Cubrimos exámenes oftalmológicos de rutina para Miembros de 19 años en adelante una vez cada 24 meses. Los Miembros menores de 19 años de edad\* cuentan con cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina cada 12 meses. Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al **866.504.5908** o visite <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/tuftsac/en/> para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed.

Para todos los Niveles del Plan, los Miembros con diabetes son elegibles y se les recomienda encarecidamente que se realicen exámenes de la vista de rutina cada 12 meses.

Los anteojos están cubiertos para los Miembros menores de 19 años de edad.\* Consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para obtener más información sobre la cobertura de la vista.

**\*Nota:** "Menores de 19 años de edad" significa el último Día del mes en que un Miembro cumple los 19 años.

**Información importante acerca de los Proveedores:** Llame a EyeMed al **866.504.5908** o visite <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/tuftsac/en/> para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.

## **Reembolso de programas para bajar de peso**

Puede solicitar un reembolso de tres meses de cuotas de membresía en un programa calificado para bajar de peso.

Un programa calificado para bajar de peso es un programa de pérdida de peso hospitalario o no hospitalario que se centra en la pérdida de peso mediante la modificación de los hábitos alimenticios y de actividad física y que requiere la participación en asesoramiento de comportamiento/estilo de vida con nutricionistas, dietistas registrados, fisiólogos del ejercicio u otros profesionales de la salud certificados en varias sesiones durante la inscripción en el programa. La prestación del programa y el asesoramiento pueden ser en persona, por teléfono o en línea.

No se proporcionará ningún reembolso por ninguna tarifa o costo que pague por:

- programas para bajar de peso que no incluyan sesiones con un profesional de la salud para apoyar el progreso hacia sus objetivos de pérdida de peso;
- sesiones individuales de asesoramiento nutricional;
- cuotas única de iniciación;
- comidas preenvasadas;
- libros; videos; básculas; u
- otros artículos o suministros relacionados con la pérdida de peso.

Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.

Llámenos al **888.257.1985** y le enviaremos un formulario de reembolso para que lo llene. También puede obtener el formulario en <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/forms-documents/forms-documents> y <https://tuftshealthplan.com/memberlogin>.

## **Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos**

Determinados servicios en esta categoría pueden requerir Autorización Previa. Todos los servicios fuera de la red que no sean de emergencia requieren Autorización Previa. No se requiere autorización previa para servicios de emergencia.

### **Servicios de Salud Conductual (tratamiento de salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Externos**

Cubrimos los servicios de salud conductual médicamente necesaria con profesionales de salud mental licenciados. Estos servicios se pueden brindar en persona o a través de telesalud en:

- Un Hospital con licencia

- Una clínica de salud mental o para tratar el consumo de sustancias con licencia otorgada por el Departamento de Salud Pública de Massachusetts
- Un centro de salud mental público comunitario
- Un centro comunitario de salud conductual local (CBHC)
- Un consultorio de un profesional con licencia en salud mental
- Un consultorio profesional
- Servicios en el hogar prestados por un profesional con licencia que actúa dentro del ámbito de esa licencia

Los servicios biológicos y no biológicos para Pacientes Externos se prestan sin límites anuales, de por vida o de visitas, unidades o Días. Entre los servicios de Salud Conductual para Pacientes Externos se incluyen:

- Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental o por un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) durante un examen físico de rutina. Un examen de salud mental y bienestar es una prueba de detección o evaluación que busca determinar si existe alguna necesidad de salud mental o conductual y los recursos adecuados para su tratamiento.
- Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés). Se requiere Autorización Previa.
- Orientación comunitaria en caso de crisis.
- Evaluación de diagnóstico.
- Terapia electroconvulsiva.
- Consultas de caso y familia.
- Orientación individual, grupal y familiar.
- Servicios/visitas de administración de medicamentos.
- Servicios de tratamiento con narcóticos.
- Evaluación neuropsicológica y exámenes psicológicos. Se requiere Autorización Previa.
- Atención psiquiátrica colaborativa mediante un método de prestación de servicios de salud conductual integrado y basado en evidencias, en la que un equipo de atención primaria le proporciona una administración estructurada de la atención a un afiliado. Un equipo de atención primaria incluye a un PCP y a un coordinador de atención que trabaja en colaboración con un consultor psiquiátrico que le ofrece consultas periódicas al equipo para revisar el estado clínico y de atención del afiliado y para hacer recomendaciones. Tenga en cuenta que no todos los consultorios de PCP brindan este servicio.
- Instructores de recuperación y especialistas por pares si forman parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.

No requerimos Autorización Previa para las visitas a Proveedores Dentro de la Red si el tratamiento es para terapia de Salud Conductual Ambulatoria o servicios de trastorno por consumo de sustancias para Pacientes Externos. Consulte nuestras Pautas de Necesidad Médica en [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](https://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

## **Servicios Intermedios de Salud Conductual**

Cubrimos servicios intermedios Médicamente Necesarios por trastornos de Salud Conductual. Los servicios intermedios son una serie de servicios más intensivos que los servicios para Pacientes

Externos y menos intensivos que los Servicios para Pacientes Hospitalizados. Los servicios intermedios no tienen límites anuales, de por vida ni de visitas, unidades o Días. Los ejemplos incluyen:

- Tratamiento residencial agudo, como tratamiento agudo comunitario (esto no es un servicio específico por consumo de sustancias)
- Servicios de desintoxicación controlada clínicament
- Servicios comunitarios de estabilización de crisis (CCS)
- Intervención Móvil en caso de Crisis para Adultos y Jóvenes (AMCI y YMCI)
- Programas de tratamiento por día
- Programas intensivos para Pacientes Externos
- Servicios de terapia a domicilio, como servicios de equipo de estabilización familiar
- Servicios comunitarios de desintoxicación de nivel 3
- Programas de Hospitalización parcial

Los servicios pueden requerir una Autorización Previa o una notificación al plan. Se requiere una notificación al plan dentro del primer día desde el inicio del tratamiento, y se lleva a cabo una revisión clínica de manera concurrente para determinar la Necesidad Médica. Consulte nuestras Pautas de Necesidad Médica en [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](https://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

## **Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Hospitalizados**

Cubrimos servicios de intervención clínica Médicamente Necesarios 24 horas al día en establecimientos Dentro de la Red y con Proveedores Dentro de la Red para diagnósticos de Salud Conductual prestados en los siguientes lugares:

- Un establecimiento que esté bajo la dirección y la supervisión del Departamento de Salud Mental.
- Un Hospital con licencia.
- Un Hospital privado de salud mental con licencia del Departamento de Salud Mental.
- Un establecimiento para tratar el consumo de sustancias con licencia del Departamento de Salud Pública de Massachusetts.

Cubrimos tratamiento Dentro de la Red para Pacientes Hospitalizados sin Autorización Previa. Se requiere una notificación al plan dentro de las primeras 48 horas después de la admisión, y se lleva a cabo una revisión clínica de manera concurrente para determinar la Necesidad Médica. Los Servicios biológicos y no biológicos para Pacientes Hospitalizados se prestan sin discriminación.

## **Servicios intermedios y para Pacientes Hospitalizados para trastornos de Salud Conductual en Niños y adolescentes**

Además de los servicios intermedios, para Pacientes Externos y Hospitalizados para trastornos por consumo de sustancias y de Salud Conductual indicados anteriormente, los siguientes servicios están disponibles para Niños y adolescentes hasta los 19 años y para sus padres o cuidadores correspondientes, cuando sean Médicamente Necesarios. Los servicios incluyen lo siguiente, están cubiertos y requieren Autorización Previa, excepto como se indica a continuación. Los servicios los puede prestar el profesional de atención de la salud correspondiente bajo la supervisión de un Profesional de salud mental con licencia:

**El tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT por sus siglas en inglés)** proporciona los mismos servicios que el tratamiento agudo comunitario (CBAT por sus siglas en inglés) (consulte más adelante) para Niños y adolescentes, pero con una mayor intensidad, incluyendo:

- Evaluación y tratamiento psiquiátrico y psicofarmacológico con una mayor frecuencia.
- Prestación de servicios más intensivos con personal incluido.

Los programas de ICBAT tienen la capacidad de admitir niños y adolescentes con síntomas más agudos que los que se admiten en CBAT. Los programas de ICBAT son capaces de tratar a Niños y adolescentes con cuadros clínicos similares a aquellos que son referidos a los servicios de salud mental para Pacientes Hospitalizados, pero que son capaces de proporcionar atención en forma segura y en un entorno libre. Niños y adolescentes pueden ser admitidos en un ICBAT directamente desde la comunidad como una alternativa a la Hospitalización.

El ICBAT no se usa como una colocación en un nivel inferior después del alta de un entorno de encierro las 24 horas.

Estos servicios no requieren una Autorización Previa para admisiones. Se requiere una notificación al plan el primer día hábil después de la admisión, y se lleva a cabo una revisión clínica de manera concurrente para determinar la Necesidad Médica.

**Tratamiento agudo comunitario (CBAT):** Servicios de salud mental prestados en un entorno con seguridad 24 horas al día, con personal clínico suficiente para garantizar la seguridad del Niño o adolescente, mientras se prestan servicios terapéuticos intensivos que incluyen, entre otros:

- Administración de casos.
- Control diario de medicamentos.
- Planificación del alta.
- Evaluación y consulta familiar.
- Terapia individual, grupal y familiar.
- Evaluación de enfermería.
- Evaluación psiquiátrica.
- Exámenes psicológicos, según sea necesario.
- Especialización (según sea necesario).

Estos servicios pueden usarse como una alternativa a los Servicios para Pacientes Hospitalizados o como una transición de estos.

Estos servicios no requieren una Autorización Previa para admisiones. Se requiere una notificación al plan el primer día hábil después de la admisión, y se lleva a cabo una revisión clínica de manera concurrente para determinar la Necesidad Médica.

**Intervención móvil en caso de crisis para jóvenes:** Es un servicio de respuesta terapéutica in situ, en persona, de manera móvil y a corto plazo que está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana para Niños que atraviesan una crisis de Salud Conductual. La intervención móvil en caso de crisis se usa para lo siguiente:

- Identificar, evaluar, tratar y estabilizar una situación.
- Reducir el riesgo inmediato de peligro para el Niño y para otros.
- Hacer enlaces a todos los servicios y apoyos de Salud Conductual Médicamente Necesarios y al nivel de atención adecuado.

La intervención deberá ser coherente con el plan de gestión de riesgos o de seguridad del Niño, si lo hay. La intervención móvil en caso de crisis incluye una evaluación y una planificación de crisis, que puede derivar en el desarrollo o la actualización de un plan de seguridad en casos de crisis.

La intervención móvil en caso de crisis no requiere Autorización Previa.

**Servicios conductuales a domicilio:** Es una combinación de terapia de control conductual y de

monitoreo del control conductual Médicamente Necesarios. Estos servicios deberán estar disponibles, cuando se indiquen, donde el Niño viva, incluido su hogar, un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario. Los servicios conductuales a domicilio son, entre otros, los siguientes:

- Monitoreo del control conductual: Monitoreo de la conducta de un Niño, implementación de un plan conductual y refuerzo de la implementación de un plan conductual por parte de uno de sus padres u otro cuidador.
- Terapia de control conductual: Terapia que trata las conductas difíciles que interfieren en el desarrollo exitoso de un Niño. La terapia de control conductual debe incluir:
- Una evaluación y Observación conductual funcional del joven en el hogar o en el entorno comunitario.
- Desarrollo de un plan conductual.
- Supervisión y coordinación de intervenciones para abordar objetivos o desempeño conductuales específicos, como el desarrollo de una estrategia de respuesta ante una crisis.

La terapia de control conductual puede incluir orientación y ayuda a corto plazo.

**Servicios de terapia a domicilio:** Intervención clínica terapéutica o capacitación continua Médicamente Necesarias, así como apoyo terapéutico. La intervención o el apoyo se deberán proveer donde el Niño viva, como su hogar, un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario. Los Servicios Cubiertos incluyen los siguientes:

- Intervención clínica terapéutica: Estos servicios incluyen una relación terapéutica estructurada y constante entre un médico con licencia y un Niño y la familia del Niño para tratar las necesidades de Salud Conductual del Niño. Esto puede incluir el mejoramiento de la capacidad de la familia para proveer apoyo eficaz al Niño y fomentar su desarrollo saludable dentro de la familia; el desarrollo de un plan de tratamiento y el uso de técnicas psicoterapéuticas establecidas, trabajar con los miembros de la familia para mejorar la resolución de problemas, la fijación de límites, la comunicación, el apoyo emocional u otras funciones familiares o individuales.
- Capacitación y apoyo terapéuticos continuos: Estos servicios incluyen aquellos servicios que apoyan la implementación de un plan de tratamiento que conlleva intervenciones terapéuticas que enseñan al Niño a comprender, dirigir, interpretar, manejar y controlar los sentimientos y respuestas emocionales ante situaciones y ayudan a la familia a apoyar al Niño y abordar las necesidades emocionales y de Salud Conductual del Niño.

**Coordinación de cuidados intensivos (ICC por sus siglas en inglés):** Servicio conjunto que presta servicios de administración de casos a Niños y adolescentes con un trastorno emocional grave, que incluye a personas con condiciones simultáneas a fin de satisfacer las necesidades integrales médicas, de Salud Conductual y psicosociales de una persona y de su familia, mientras se fomentan resultados de calidad y económicos. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Una evaluación.
- El desarrollo de un plan de atención médica personalizado.
- Asignación a niveles adecuados de atención.
- Control de objetivos.
- Coordinación con otros servicios y apoyos sociales y con agencias estatales, según lo indicado.

El servicio deberá basarse en la filosofía del sistema de atención. El plan de atención médica personalizado deberá ser diseñado para satisfacer las necesidades de la persona. El servicio incluirá reuniones personales y telefónicas, según lo indicado y como sea clínicamente adecuado. La ICC se

proporciona en un consultorio, en el hogar o en otros entornos, según sea clínicamente adecuado. La coordinación de cuidados intensivos no requiere Autorización Previa. Usted o su Proveedor debe llamar al **888.257.1985** para informar a Tufts Health Plan dentro de 3 Días desde su consulta inicial.

**Apoyo y capacitación familiar\***: Son servicios Médicamente Necesarios que se proveen a padres, madres u otros cuidadores de un Niño para mejorar su capacidad de mejorar o resolver las necesidades emocionales o conductuales del Niño. Este beneficio se provee donde el Niño vive, que puede ser en su hogar, en un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario. El apoyo y capacitación familiar aborda uno o más objetivos del plan de tratamiento de Salud Conductual del joven, y pueden incluir:

- Educar a padres y cuidadores sobre las necesidades de Salud Conductual del joven y factores de resiliencia.
- Enseñar a padres y cuidadores cómo desenvolverse en los servicios en nombre del Niño.
- Identificar servicios y apoyos formales e informales en sus comunidades, incluyendo apoyo para padres y grupos de autoayuda.

**Servicios de mentoría terapéutica\***: son servicios Médicamente Necesarios que se proveen a un Niño, diseñados para apoyar el funcionamiento adecuado a la edad o mejorar los déficits del Niño en ese ámbito que puedan resultar de un diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés). La mentoría terapéutica es un servicio de adquisición de habilidades que aborda una o más metas del plan de tratamiento de Salud Conductual del joven. Este beneficio incluye:

- Apoyo, orientación y entrenamiento del Niño en conductas adecuadas para la edad.
- Comunicación interpersonal, solución de problemas y resolución de conflictos.
- Relacionamiento adecuado con otros Niños y adolescentes y con los adultos.

Dichos servicios se proveen, cuando se indique, donde el Niño vive, que puede ser en su hogar, en un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario, para posibilitar que el joven practique las habilidades deseadas en entornos adecuados.

\* No se requerirá Autorización Previa para las visitas iniciales para estos servicios; no obstante, Tufts Health Direct Plan debe aprobar que el Miembro reciba servicios a través de un Proveedor de un centro clínico (es decir, un Proveedor de terapia Ambulatoria, terapia en el hogar o coordinación de cuidados intensivos). El Proveedor del centro clínico sirve como Proveedor Primario de Cuidados de la Salud Conductual para el joven y coordinará con otros Proveedores de servicio para satisfacer las necesidades clínicas del Niño.

Para obtener información sobre los servicios disponibles según este beneficio, llame al Departamento de Salud Conductual de Tufts Health Direct Plan al 800.208.9565. También puede ver las Pautas de Necesidad Médica en nuestro sitio web en los siguientes enlaces:

- **Coordinación de Cuidados Intensivos** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/icc>
- **Servicios Conductuales a Domicilio** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/ihbs>
- **Terapia en el Hogar** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/iht>
- **Intervención Móvil en Caso de Crisis** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/mci>
- **Apoyo y Capacitación Familiar** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/fs-t>

- **Servicios de Mentoría Terapéutica** <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/tm>

Para obtener información sobre los servicios disponibles según este beneficio, llámenos al **888.257.1985**. También puede ver las Pautas de Necesidad Médica en nuestro sitio web en [tuftshealthplan.com](https://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](https://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

## **Servicios adicionales de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)**

Cubrimos servicios Intermedios, para Pacientes Externos y Hospitalizados de Salud Conductual Médicamente Necesarios para diagnosticar y tratar trastornos mentales. Esto incluye lo siguiente:

- Trastornos mentales biológicos, como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, paranoia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, delirio y demencia, trastornos afectivos, trastornos alimentarios, trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de sustancias, autismo y otros trastornos psicóticos o trastornos mentales biológicos.
- Servicios para el trastorno del espectro autista (TEA): Proporcionamos cobertura para el TEA de conformidad con la ley de Massachusetts sin límite anual, de por vida ni de visitas, unidades o Días. Es posible que se requiera Autorización Previa.
- El TEA incluye cualquiera de los trastornos generalizados del desarrollo (según lo definido por la edición más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), como trastorno autista, síndrome de Asperger y trastornos generalizados del desarrollo no especificados de otra forma.
- El diagnóstico del TEA incluye lo siguiente: Evaluaciones Médicamente Necesarias, evaluaciones (como evaluaciones neuropsicológicas), exámenes genéticos u otros exámenes para diagnosticar si un Miembro tiene un TEA.
- El tratamiento del TEA incluye: Atención de habilitación y de rehabilitación (como análisis conductual aplicado\*), atención farmacéutica (según el beneficio de farmacias), atención psiquiátrica (servicios directos o consultivos prestados por un psiquiatra con licencia), atención psicológica (servicios directos o consultivos prestados por un psicólogo con licencia) y atención terapéutica (servicios prestados por terapeutas del habla con licencia o certificados, terapeutas ocupacionales, fisioterapias o trabajadores sociales): Los límites de los beneficios aplicables a los beneficios de Terapia de Rehabilitación y de Habilitación no se aplican a servicios de atención terapéutica prestados a Miembros con TEA. Los servicios deben ser prestados por Proveedores de Servicios de Autismo Dentro de la Red (Proveedores que tratan los TEA). Estos incluyen Analistas de Conducta Certificados por la Junta\*\*, psiquiatras, psicólogos, farmacias y terapeutas del habla con licencia o certificados, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales.
- Los trastornos mentales o emocionales relacionados con una violación en víctimas de violación o agresión con intento de violación están cubiertos.
- Todos los otros trastornos mentales no biológicos.

**Nota:** Estos servicios pueden requerir una Autorización Previa. Cuando el tratamiento es para el trastorno por consumo de sustancias, no requerimos Autorización Previa para las visitas iniciales a Proveedores Dentro de la Red. Consulte nuestras Pautas de Necesidad Médica en [tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines](https://tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines).

\*Se define como el diseño, la implementación y la evaluación de modificaciones del entorno mediante el uso de estímulos conductuales y consecuencias para producir mejoras socialmente importantes en la conducta humana. Esto incluye el uso de Observación directa, medición y análisis funcional de la

relación entre el entorno y la conducta.

\*\*Se define como un analista conductual acreditado por la Junta de Certificación de Analistas Conductuales como un Analista Conductual Certificado.

### **Ley de paridad en la salud mental**

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales y de Massachusetts sobre paridad en la salud mental. Esto quiere decir, entre otras cosas, que los límites de Copagos, Coaseguro, Deducibles o unidades de servicio (por ejemplo, Días de Hospital, visitas como Pacientes Externos) no son mayores para los trastornos de Salud Conductual o por consumo de sustancias que los que se exigen para aquellos servicios médicos o quirúrgicos, y los Copagos por citas en el consultorio no son mayores que los que se exigen para las visitas de Atención Primaria.

# Medicamentos cubiertos y farmacias

## Programa de farmacia

Buscamos brindar opciones de alta calidad y económicas para terapias con medicamentos. Trabajamos con sus Proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de que cubrimos los medicamentos más importantes y útiles para una variedad de condiciones y enfermedades.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos y recetas. Algunos medicamentos o productos deben cumplir con ciertas Pautas de Necesidad Médica antes de que podamos cubrirlos. Su Proveedor debe solicitarnos la Autorización Previa antes de que podamos cubrir estos medicamentos.

## Programa de medicamentos que requieren Autorización Previa

Restringimos la cobertura de determinados medicamentos que tienen una indicación de uso limitado, que pueden plantear problemas de seguridad o que son muy costosos, por lo que el Proveedor que los receta debe obtener nuestra Autorización Previa para esos medicamentos. Nuestro Formulario indica si un medicamento requiere Autorización Previa.

Si no aprobamos la solicitud de Autorización Previa, usted o su Representante Personal pueden apelar la decisión. Para obtener más información, consulte la sección "Cómo resolver inquietudes" que comienza en la página 79. Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy> o llámenos al **888.257.1985**.

## Formulario

Usamos un Formulario, también conocido como la Lista de Medicamentos Preferidos, como nuestra lista de medicamentos cubiertos. El Formulario se aplica solo a medicamentos que puede adquirir en farmacias minoristas, de pedido por correo y de especialidad. El Formulario no se aplica a los medicamentos que recibe si está en el Hospital. Para obtener la información más actualizada sobre el Formulario, visite <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy> o <https://tuftshealthplan.com/member/employer-individual-or-family-plans/plans-benefits/pharmacy-benefit/pharmacy-formularies>, o llámenos al **888.257.1985**.

## Programa de terapia escalonada

La terapia escalonada es un tipo de programa de Autorización Previa (por lo general, automatizada), que usa un tratamiento gradual que requiere el uso, en primer lugar, de los fármacos terapéuticamente más adecuados y más económicos antes de que se puedan cubrir otros medicamentos. En primer lugar, los Miembros deben probar uno o más medicamentos en un grado inferior para tratar cierta condición médica antes de que cubramos un medicamento en un grado superior para esa condición. Si la recomendación de su Proveedor es que los medicamentos de grado(s) más bajo(s) no son los indicados para su condición de salud y que los de grados más altos son Medicamento Necesarios, entonces su Proveedor puede presentar una solicitud de aprobación. Si no diéramos la aprobación, usted o su Representante Personal pueden apelar la decisión.

## Cantidad límite

Para asegurarnos de que los medicamentos que usted toma son seguros y de que está recibiendo la cantidad correcta, podemos limitar la cantidad que puede recibir de una sola vez. Su Proveedor puede pedir nuestra aprobación si usted necesita más que la cantidad que cubrimos. Uno de nuestros médicos revisará su solicitud. Cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras Pautas de Necesidad Médica si hay una razón médica por la que necesita esta cantidad en particular.

Si surte una cantidad inferior a la recetada de una sustancia opiode controlada de la Clasificación II y luego decide surtir el resto de la receta original en la misma farmacia dentro de 30 Días desde la fecha original de la receta, no se aplicarán Copagos ni otros Costos Compartidos adicionales.

## **Sincronización de los Medicamentos (Med Sync)**

Este programa permite y aplica una tarifa diaria prorrateada de Costos Compartidos para cubrir los medicamentos recetados de mantenimiento que:

- Sean dispensados por una farmacia de la Red de Tufts Health Plan.
- Se dispensen en una cantidad menor a la necesaria para 30 Días.
- Se usan para el manejo de una condición crónica a largo plazo.

Limitación: La sincronización de medicamentos se limita a una por Año de Beneficios y por medicamento de mantenimiento recetado.

Medicamentos recetados excluidos: Entre los medicamentos recetados excluidos de este programa se incluyen sustancias controladas, medicamentos para el dolor y antibióticos.

## **Programa de farmacia de especialidad**

Hemos designado farmacias de especialidad que se especializan en proveer medicamentos que se usan para tratar ciertas condiciones y cuentan con médicos para apoyar los servicios para Miembros. Algunos medicamentos se deben adquirir en una farmacia de especialidad. Se pueden agregar medicamentos a este programa de vez en cuando. Las farmacias de especialidad designadas pueden surtir un suministro de medicamentos para 30 Días como máximo por vez y el suministro se envía directamente por correo a la casa del Miembro. Esto NO forma parte del Beneficio de farmacia de pedido por correo. No se aplican suministros por más Días ni ahorros de Copago a estos medicamentos de especialidad designados.

## **Medicamentos genéricos**

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos y actúan igual que los medicamentos de marca. Cuando hay medicamentos genéricos disponibles, es posible que no cubramos el medicamento de marca sin una aprobación. Si usted y su Proveedor consideran que un medicamento genérico no es lo mejor para su condición de salud y que el medicamento de marca es Medicamento Necesario, su Proveedor puede solicitar una Autorización Previa. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud.

## **Beneficio de 90 días de medicamentos recetados en una farmacia**

Puede comprar un suministro de hasta 90 días de medicamentos de mantenimiento en una farmacia participante. Aunque la mayoría de los medicamentos de mantenimiento están disponibles para un suministro de 90 días, podemos limitar los medicamentos por razones clínicas o para evitar el desperdicio potencial. Además, los medicamentos incluidos en el Programa de Farmacia de Especialidad, mencionado anteriormente, no están disponibles para un suministro de 90 días.

## **Medicamentos nuevos en el mercado**

Revisamos los medicamentos nuevos por seguridad y eficacia antes de agregarlos a nuestro Formulario. Un Proveedor que considere que un medicamento nuevo en el mercado es Medicamento Necesario para usted antes de que lo revisemos puede presentar una solicitud de aprobación. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento de acuerdo con las Pautas de Necesidad Médica. Si no diéramos la aprobación, usted o su Representante Personal pueden apelar la decisión.

## **Medicamentos y suministros recetados cubiertos**

Además de los medicamentos y suministros recetados cubiertos que se indican en el Formulario, podemos cubrir lo siguiente:

- Uso no indicado en la etiqueta de medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de cáncer o VIH/SIDA que no ha sido aprobado por la FDA para esa indicación. También cubrimos los servicios Medicamento Necesarios asociados con la administración de estos medicamentos. Estos medicamentos deben estar reconocidos para dicho tratamiento en uno de los compendios

estándar de referencia, en la bibliografía médica o por el Comisionado de Seguros de Massachusetts.

- Terapias con medicamentos de administración oral e inyectables usadas en el tratamiento de servicios de infertilidad cubiertos solo cuando usted ha recibido aprobación para el tratamiento cubierto de infertilidad (consulte la sección "Servicios de infertilidad" a partir de la página 47).
- Medicamentos compuestos: (1) Si el Miembro es menor de 18 años, (2) los ingredientes activos se enumeran en la Lista de Medicamentos Recetados y (3) uno o más fármacos dentro del compuesto están aprobados por la FDA y requieren receta médica. Los medicamentos compuestos están cubiertos para los Miembros mayores de 18 años cuando se determina que son Medicamento Necesarios. Es posible que no se cubran los kits de compuestos que no están aprobados por la FDA e incluyen ingredientes recetados que ya están disponibles. Para confirmar si el medicamento o el kit específico está cubierto por este plan, llame a Servicios para Miembros.

Lo siguiente se incluye en el Formulario:

- Terapia de reemplazo hormonal (HRT por sus siglas en inglés) para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas.
- Jeringas o agujas hipodérmicas cuando sean Medicamento Necesarias.

Según la ley de Massachusetts, los medicamentos opioides incluidos en las listas de sustancias controladas de la Clasificación II o la Clasificación III se dispensarán en menores cantidades de las recetadas si el Miembro lo solicita. Si el Miembro solicita una menor cantidad, no se le cobrará ningún costo adicional ni se le impondrá ninguna sanción. Si el Miembro se surte de una cantidad menor que la recetada de una sustancia opioide controlada de la Clasificación II y luego decide surtir el resto de la receta original en la misma farmacia dentro de 30 Días desde la fecha original de la receta, no se aplicarán Copagos ni otros Costos Compartidos adicionales. Para ver una lista de estos medicamentos, consulte el Anexo C, "Lista de Medicamentos Opioides de la Clasificación II y III".

## **Medicamentos que no están en el Formulario**

Hay miles de medicamentos enumerados en la lista de medicamentos cubiertos de Tufts Health Plan. De hecho, la mayoría están cubiertos; sin embargo, hay medicamentos específicos que Tufts Health Plan no incluye en el formulario. En muchos casos, no están en el formulario de Tufts Health Plan porque existen alternativas seguras, comparativamente eficaces y rentables disponibles. Nuestra meta es mantener los beneficios de farmacia tan asequibles como sea posible. Si su médico considera que se necesita uno de los medicamentos que no están en el formulario, este puede presentar una solicitud de cobertura bajo el Proceso de Excepción del Formulario.

**Nota:** El medicamento aprobado a través del Proceso de Excepción del Formulario puede estar sujeto al Monto de Costo Compartido más elevado.

## **Exclusiones**

No cubrimos lo siguiente:

- Medicamentos que se usan exclusivamente para fines estéticos.
- Medicamentos experimentales, que son aquellos que no se pueden comercializar legalmente sin la aprobación de la FDA; y dicha aprobación no se ha otorgado en el momento de su uso o uso propuesto o dicha aprobación ha sido retirada.
- Medicamentos recetados que no han sido aprobados por la FDA (esto no incluye los usos no contemplados en la etiqueta de los medicamentos aprobados por la FDA cuando su uso se reconoce en la documentación de investigación establecida).

- Fármacos de vacunación: Estos se pueden proveer según lo descrito anteriormente bajo el Cuidado Preventivo de la Salud, en este capítulo. Es posible que haya otras vacunas seleccionadas en la farmacia, sin Costos Compartidos y cubiertas por el beneficio médico.
- Suministros médicos.\*
- Mifepristona (Mifeprex).\*
- Medicamentos homeopáticos recetados y de venta libre.
- Medicamentos que por ley no requieren una receta (a menos que se indique como cubierto en la sección "Medicamentos cubiertos y farmacias") o incluidos como cubiertos en el Formulario.
- Vitaminas y suplementos alimentarios (excepto vitaminas prenatales recetadas, vitaminas según lo exigido por la Ley de Asistencia Asequible, flúor para Niños y suplementos para el tratamiento de la enfermedad mitocondrial).
- Flúor de administración tópica y oral para adultos.
- Medicamentos para el tratamiento de la talla baja idiopática.
- Productos no medicinales, como suministros terapéuticos u otros dispositivos protésicos, aparatos, productos de apoyo u otros productos que no sean médicos. Estos se pueden proveer según lo descrito anteriormente en esta sección.
- Recetas escritas por Proveedores que no participan en la Red de Tufts Health Direct, excepto en casos de Autorización Previa o atención de Emergencia.
- Recetas surtidas en farmacias que no son farmacias designadas por Tufts Health Plan, excepto en caso de atención de Emergencia.
- Recetas surtidas por una farmacia en Internet que no es un sitio de Internet de práctica farmacéutica verificado, certificado por la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia.
- Medicamentos recetados después de que un ingrediente activo o una versión modificada de un ingrediente activo, que es un equivalente terapéutico de un medicamento recetado cubierto, pasa a ser de venta libre: en este caso, es posible que el medicamento específico y toda la clase de medicamentos recetados no estén cubiertos.
- Medicamentos recetados cuando están en un paquete junto con productos que no requieren receta.

\* Es posible que determinados medicamentos estén cubiertos como beneficio no farmacéutico, por ejemplo, medicamentos de infusión o inyectables, que están cubiertos bajo sus Beneficios médicos.

\* Los medicamentos empaquetados para uso institucional quedarán excluidos de la cobertura de beneficios de farmacia, a menos que se indique lo contrario en el formulario.

## **Solicitudes de excepción**

Se puede presentar una solicitud de excepción para los siguientes programas de farmacia: Autorización Previa, Autorización Previa para Terapia Escalonada, Límites de Cantidades, medicamentos Nuevos en el Mercado o medicamentos que no están en el Formulario.

Las solicitudes de excepción se revisan caso por caso. Se le pedirá a su Proveedor que proporcione motivos médicos y cualquier otra información importante sobre por qué necesita una excepción. Nosotros decidiremos si una solicitud coincide con nuestras Pautas de Necesidad Médica. Consulte la definición de Necesidad Médica en el Anexo A de Términos y Definiciones del Glosario en la página 104 para obtener una explicación de cómo desarrollamos nuestras pautas.

Les informaremos nuestra decisión a usted y a su Proveedor:

- Si se aprobara la solicitud de un Medicamento no Cubierto, ese medicamento estará cubierto al Nivel más alto (por ejemplo, Nivel 3 en un Formulario de Nivel 3).
- Si se aprueba la solicitud de cobertura de un medicamento del Formulario bajo otro programa, el medicamento estará cubierto con el Monto de Costos Compartidos de Nivel correspondiente al nivel vigente de ese medicamento en el Formulario.
- Si se niega la solicitud, usted y su Proveedor tienen derecho a apelar.

Puede presentar su apelación en una de estas tres formas:

- Por teléfono, llame a un Representante de Servicios para Miembros.
- Por fax, envíenosla al 617-972-9509.
- Por correo, envíe su apelación por escrito a:

Tufts Health Plan  
 Attn: Appeals and Grievances Department  
 1 Wellness Way  
 Canton, MA 02021

Consulte la sección "Cómo resolver inquietudes" para obtener información sobre Apelaciones de Miembros, incluyendo las Apelaciones Expeditas.

Tal vez tenga preguntas sobre su Beneficio de Medicamentos Recetados. Tal vez quiera saber en qué Nivel está un medicamento en particular. Puede que quiera saber si su medicamento es parte de un Programa de Gestión de Farmacia. Para estas cuestiones, consulte nuestro sitio web en <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy> o también puede llamar a un Representante de Servicios para Miembros.

El sitio web de Tufts Health Plan tiene una lista de medicamentos cubiertos y sus Niveles. El Formulario se actualiza regularmente, así que revise el sitio web para ver la información más actualizada.

**NOTA IMPORTANTE:** Puede que haya circunstancias limitadas por las que cambiemos el Nivel de un medicamento; esto puede suceder en cualquier momento del año. Por ejemplo, es posible que la patente de un medicamento de marca se venza. En este caso, puede que cambiemos el estado del medicamento (a) pasando al medicamento de marca del Nivel 2 al Nivel 3 o (b) dejando de cubrir el medicamento de marca cuando quede a disposición una alternativa genérica. En tales casos, pondremos el genérico a disposición en el mismo Nivel (por ejemplo, el Nivel 2) o en un Nivel inferior (por ejemplo, el Nivel 1).

## Si recibe una factura por un Servicio Cubierto

Algunos de los servicios que recibe de Proveedores fuera de Tufts Health Plan podrían ser reembolsables. Algunos ejemplos son los siguientes:

- traslado de emergencia en ambulancia;
- especialistas en salas de Emergencias; y
- radiólogos, patólogos y anestesistas que trabajen en Hospitales Dentro de la Red.

En estos casos, usted no será responsable de pagarle al Proveedor fuera de Tufts Health Plan un monto superior al del Costo Compartido Dentro de la Red por Servicios Cubiertos. Antes de pagar la factura, comuníquese con Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

Si paga la factura, debe enviar la siguiente información al Área de Reembolso para Miembros de Tufts Health Plan:

- un Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros lleno y firmado que se puede conseguir en el sitio web de Tufts Health Plan o poniéndose en contacto con Servicios para Miembros; y
- los documentos enumerados en el Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros que se requieren para la constancia de prestación de servicio y pago.

La dirección del Departamento de Reclamaciones de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros se encuentra en el Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros.

**Tenga en cuenta lo siguiente:** Usted debe comunicarse con Tufts Health Plan con respecto a su(s) factura(s) o enviar su(s) factura(s) a Tufts Health Plan dentro de los doce meses siguientes a la fecha del servicio. Si no lo hace, la factura no puede considerarse para el pago.

La mayoría de las solicitudes de reembolso llenas se procesan en un plazo de 30 días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes de servicios prestados fuera de los Estados Unidos pueden tomar más tiempo.

Los reembolsos serán enviados al Suscriptor a la dirección que Tufts Health Plan tiene en sus archivos.

Para más información, llame a Servicios para Miembros al **888.257.1985**.

También es posible que reciba una factura por medicamentos recetados que estén Cubiertos.

**Nota:** Las solicitudes de reembolso por medicamentos deben presentarse dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

## Servicios no cubiertos

Los servicios, suministros o medicamentos que no cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Terapia de masaje.
- Servicios y procedimientos cosméticos (que buscan cambiar o mejorar la apariencia), a menos que sean necesarios para restablecer funciones corporales o corregir un deterioro físico después de una lesión accidental, un procedimiento quirúrgico anterior o un defecto congénito/de nacimiento.
- Atención de custodia, que incluye:
- cuidados proporcionados principalmente para ayudar en las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y mantener la higiene y seguridad personal;
- cuidados, que no sean de salud conductual, proporcionados principalmente para mantener la seguridad del Miembro o de cualquier otra persona, cuando ningún otro aspecto del tratamiento requiera un nivel de atención hospitalaria aguda;
- servicios que podrían ser prestados por personas sin conocimientos o formación profesional;
- mantenimiento rutinario de colostomías, ileostomías y catéteres urinarios; o
- guardería de adultos y pediátrica.
- Algunos tipos de Equipo Médico Duradero (esta lista no los incluye todos):
- Ascensores, rampas y modificaciones en el hogar.
- Equipo de "apoyo".
- Equipo de hidromasaje, usado para relajación o comodidad.
- Almohadillas de calor o frío, fundas o dispositivos, bolsas de agua caliente y unidades de baño de parafina.

- Camas de tipo hospitalario que requieran instalación en un domicilio.
- Equipos de higiene que no tienen un propósito médico primario.
- Equipo no médico que de otro modo estaría disponible para Miembros y que no tiene un propósito médico primario.
- Elevadores de cama que no son principalmente para uso médico.
- Camas y colchones no hospitalarios.
- Camas de tipo hospitalario de tamaño grande, queen y extragrande.
- Cojines, almohadillas y almohadas, excepto si son Médicamente Necesarios y otorgamos Autorización Previa.
- Tacómetros de pulso.
- Órtesis y dispositivos de asistencia de exoesqueleto con alimentación externa.
- Acondicionadores de aire, deshumidificadores, filtros HEPA y de otros tipos y nebulizadores portátiles.
- Artículos de telas especiales, fundas de colchones y almohadas, incluyendo versiones hipoalergénicas.
- Accesorios de ayuda para el baño y el inodoro, incluidos, entre otros, asientos, bancos o taburetes para la tina, elevadores de asiento de inodoro, retretes y barandas.
- Artículos relacionados con la cama, incluyendo bandejas para la cama, orinales, barandas, mesas para poner por encima de la cama y almohadones con forma de cuña.
- Asientos para automóviles.
- Modificaciones para automóviles o camionetas.
- Dispositivos para comodidad o conveniencia.
- Dispositivos de enfriamiento.
- Dentaduras postizas.
- Tapones para los oídos.
- Sistemas de respuesta a emergencia (por ejemplo, LifeAlert).
- Equipo para ejercicios y saunas.
- Órtesis y dispositivos de asistencia de exoesqueleto con alimentación externa.
- Instalación de accesorios en inmuebles: Entre los ejemplos se incluyen elevadores de instalación en el techo, ascensores, rampas, elevadores de escalera o subescaleras.
- Dispositivos de terapia con calor y frío, incluyendo entre otras cosas, bolsas térmicas calientes, bolsas de hielo y bombas de agua con vendajes de compresión o sin ellos.
- Almohadillas de calor, bolsas de agua caliente y unidades de baño de parafina.
- Tensiómetros para uso doméstico.
- Tinas de hidromasaje, jacuzzis y piscinas.
- Colchones, excepto los que se usan en conjunto con una cama hospitalaria y son ordenados por un Proveedor. No están cubiertos los colchones estándares disponibles en el mercado que no se usen principalmente para tratar una enfermedad o lesión (por ejemplo, colchones Tempur-Pedic® y Posturepedic®), aunque se usen en conjunto con una cama hospitalaria.

- Ciertos dispositivos de uso personal (por ejemplo, relojes inteligentes, brazaletes, parches) para monitoreo fisiológico y seguimiento del estado físico (por ejemplo, Fitbit, Biostamp, Relojes Inteligentes Embrace
- y Smartmonitor, Garmin Vivofit 4, Garmin Vivosmart 3, Samsung Galaxy Fit).
- Suministros para la incontinencia/productos absorbentes.
- Exámenes y evaluaciones educativos.
- Exámenes exigidos u ordenados por un tercero (por ejemplo, exámenes físicos, psiquiátricos y psicológicos, o exámenes ordenados por un tercero, como un empleador, tribunal o escuela).
- Un medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento (en conjunto, "tratamiento") que sea un tratamiento experimental o de investigación. Esta exclusión no se aplica a los siguientes servicios que cumplan los requisitos de la ley de Massachusetts y de la ley federal:
- Tratamiento antibiótico de largo plazo para la enfermedad crónica de Lyme.
- Trasplantes de médula ósea para el cáncer de seno.
- Servicios de atención de pacientes provistos como parte de un ensayo clínico calificado realizado para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otras enfermedades o condiciones que ponen en peligro la vida.
- Usos no incluidos en la etiqueta de medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer o del VIH/SIDA.

**Nota:** Si el tratamiento es experimental o de investigación, no pagaremos los tratamientos relacionados que se proveen al Miembro con el propósito de suministrar el tratamiento experimental o de investigación.

- No cubrimos el costo de servicios (lo que incluye programas con pago de matrícula) que ofrezcan actividades de desarrollo educativo, vocacional, recreativo o personal, lo que incluye, entre otros, escuelas terapéuticas, campamentos, programas al aire libre o en haciendas, programas de deportes o mejora del rendimiento, spas/centros vacacionales, orientación de liderazgo o conductual, o bien Outward Bound.
- Proveeremos cobertura para servicios intermedios o para Pacientes Externos de Salud Conductual Medicamente Necesarios proporcionados por Profesionales de salud mental con licencia mientras el Miembro esté en un programa con pago de matrícula, sujeto a las reglas del plan, lo que incluye cualquier requisito o Costos Compartidos de la Red.
- Podología/cuidado de rutina de los pies, excepto como se menciona en el Beneficio de Podología de la página 53.
- Enfermería privada (enfermería sin interrupciones o por turno).
- Audífonos para Miembros mayores de 21 años (consulte el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para obtener más información).
- Corrección de la vista con láser y cualquier otra cirugía ocular para tratar una condición que otro tratamiento, además de una cirugía, puede corregir.
- Biorretroalimentación, excepto para el tratamiento de incontinencia urinaria, estimuladores neuromusculares y suministros relacionados.
- Servicios de Proveedores Fuera de la Red, a menos que otorguemos una Autorización Previa (excepto servicios de Emergencia, que nunca requieren Autorización Previa).
- Artículos de comodidad personal, como acondicionadores de aire, purificadores de aire, elevadores para sillas, deshumidificadores, radios, teléfonos y televisores.

- Reversión de esterilización voluntaria.
- El cobro de un Proveedor por envío y trámite, o copia de registros.
- Medicamentos, dispositivos, tratamientos y procedimientos que no han demostrado ser médicamente eficaces.
- Atención de rutina, lo que incluye el cuidado prenatal de rutina, cuando está fuera del Área de Servicio.
- Servicios de vehículos silla.
- Costos asociados a los partos en casa; o costos asociados a los servicios prestados por una "doula" (partera).
- Bandejas para sillas de ruedas.
- Servicios para los cuales no habría costo en ausencia de un seguro.
- Equipo especial necesario para deportes o fines laborales.
- Cualquier servicio dental que no sea de Emergencia para Miembros de 19 años en adelante.
- Un servicio o suministro que no esté cubierto por Tufts Health Direct o que no haya solicitado un Proveedor del plan, excepto los servicios de Emergencia.
- Reemplazo de Equipo Médico Duradero o prótesis debido a pérdida, daño intencional o negligencia.
- Con respecto a los servicios de atención intermedia y para Pacientes Externos de salud mental para Niños y adolescentes, los siguientes programas:
  - Programas en los cuales el paciente tiene una duración predefinida de la atención sin que Tufts Health Direct Plan pueda llevar a cabo determinaciones concurrentes de la Necesidad Médica continua para una persona.
  - Programas que solo ofrecen reuniones o actividades que no se basen en la planificación personalizada de tratamiento.
  - Programas que se centran únicamente en mejorar las habilidades interpersonales o de otro tipo en vez de servicios dirigidos a la reducción de síntomas y la recuperación de funcionalidad relacionada con trastornos de salud mental específicos.
- Cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea Médicamente Necesario.
- Cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea un Servicio Cubierto.
- Servicios para los cuales no otorgamos la Autorización Previa requerida.

# EXTRAS de Tufts Health Direct

Para ayudarlo a estar y a mantenerse lo más saludable posible, lo premiamos con descuentos y beneficios de EXTRAS de Tufts Health Direct. Consulte la siguiente tabla para obtener detalles sobre EXTRAS y cómo recibirlos. Debe ser un Miembro actual y elegible de Tufts Health Direct para recibir los beneficios de EXTRAS que les otorgamos a nuestros Miembros. Sin embargo, podrían aplicarse algunas restricciones y nos reservamos el derecho a cambiar o dejar de entregar EXTRAS en cualquier momento.

EXTRAS	¿Qué es?	¿Cómo conseguirlo?
<p>Tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por hacerse controles de la diabetes</p>	<p>Si tiene diabetes, queremos ayudarlo a controlarla. Le daremos una tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por hacerse cinco controles de rutina de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un examen de la vista</li> <li>• Dos análisis de azúcar en sangre (HbA1c)</li> <li>• Un análisis de proteínas</li> <li>• Un análisis de colesterol en sangre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llámenos al <b>888.257.1985</b> y solicite hablar con un miembro de nuestro personal. Le enviaremos un formulario con una lista de evaluaciones que debe completar en un año calendario; también puede descargarlo de <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form">https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form</a>. Hacerse estos exámenes lo ayudará a controlar su diabetes. También puede obtener el formulario en <a href="https://tuftshealthplan.com/DirectExtras">https://tuftshealthplan.com/DirectExtras</a>.</li> <li>• Visite a su <i>PCP</i>, hágase los análisis y llene el formulario.</li> <li>• Saque una copia del formulario para guardarla.</li> <li>• Envíe el formulario completo a: <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Tufts Health Plan</b></li> <li><b>Attn: Claims Department</b></li> <li><b>P.O. Box 524</b></li> <li><b>Canton, MA 02021</b></li> </ul> </li> <li>• Esté atento al correo en espera de su tarjeta de regalo de \$25 para supermercados, que debería llegar dentro de seis a ocho semanas.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Debe ser Miembro de Tufts Health Plan cuando se haga los cinco exámenes y cuando procesemos su formulario. Puede obtener una tarjeta de regalo de \$25 para supermercados cada 12 meses por hacerse los cinco exámenes.</p>

EXTRAS	¿Qué es?	¿Cómo conseguirlo?
<p>Pulsera de acondicionamiento físico o tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por hacerse su control anual</p>	<p>Si se hace un control anual, le enviaremos una pulsera de acondicionamiento físico que lo ayudará a registrar el número de pasos diarios, las calorías, el control del sueño y más, o una tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llámenos al 888.257.1985 y solicite hablar con un miembro de nuestro personal. Le enviaremos un formulario para que lo llene. También puede descargar el formulario de <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form">https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form</a>.</li> <li>• Visite a su PCP, hágase el control anual y llene el formulario.</li> <li>• Saque una copia del formulario para guardarla.</li> <li>• Envíe el formulario completo a: <p style="text-align: center;"><b>Tufts Health Plan</b> <b>Attn: Claims Department</b> <b>P.O. Box 524</b> <b>Canton, MA 02021</b></p> </li> </ul> <p><b>Nota:</b> Debe ser Miembro de Tufts Health Plan cuando se haga el control anual y cuando procesemos su formulario. Puede obtener una pulsera de acondicionamiento físico por completar su control anual; puede obtener una tarjeta de regalo de \$25 para supermercados todos los demás años.</p>
<p>Tarjetas de regalo para sillas elevadoras y de auto</p>	<p>Las Miembros que tengan 28 semanas de embarazo o más o los Miembros que tengan hasta 8 años de edad son elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$50 para tiendas departamentales que se puede usar para comprar una silla infantil convertible para auto (para niños de 5 a 40 libras y de 19 a 43 pulgadas de estatura).</p> <p>Además, un año después, siempre y cuando su Hijo sea Miembro de Tufts Health Plan, puede obtener una tarjeta de regalo de \$25 de una tienda departamental para usarla en la compra de una silla elevadora (para niños de 30 a 100 libras y de 43 a 57 pulgadas de estatura).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llámenos al <b>888.257.1985</b> y solicite hablar con un miembro de nuestro personal. Le enviaremos un formulario para que lo llene. También puede obtener el formulario en <a href="https://tuftshealthplan.com/DirectExtras">https://tuftshealthplan.com/DirectExtras</a>.</li> <li>• Formulario de reembolso de la silla para auto: <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-car-seat-form">https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-car-seat-form</a></li> <li>• Visite a su PCP, hágase los análisis y llene el formulario.</li> <li>• Complete el formulario y saque copia para usted.</li> <li>• Envíe el formulario completo a: <p style="text-align: center;"><b>Tufts Health Plan</b> <b>Attn: Claims Department</b> <b>P.O. Box 524</b> <b>Canton, MA 02021</b></p> </li> </ul> <p>Esté atento al correo en espera de su tarjeta de regalo, la cual debería llegar en seis a ocho semanas.</p>

# Gestión de la Atención

Proveemos servicios de Gestión de la Atención para ayudarlo a mantenerse saludable y mejorar su salud. Aceptamos y examinamos todos los referidos de nuestros programas de Gestión de la Atención. Nuestros servicios de Gestión de la Atención pueden incluir ayudarlo a programar citas, proveerle información de salud y coordinar su atención con su(s) Proveedor(es). La Gestión de la Atención incluye:

- Apoyo de salud y bienestar.
- Gestión de la Atención Integrada, que incluye Gestión de la Atención médica para Miembros con necesidades de atención complejas, gestión clínica integrada (ICM por sus siglas en inglés), Salud Conductual y Gestión de la Salud Comunitaria.
- Transición de la atención.

La Gestión de la Atención no reemplaza la atención que recibe de su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) u otros Proveedores, pero ayuda a apoyarla. Recuerde programar citas regulares y visitas recurrentes con sus Proveedores.

Nuestros gerentes de atención trabajan con sus Proveedores para coordinar su atención y asegurarse de que obtenga la atención que necesita, cuando la necesita. Llámenos al **888.257.1985** para conversar con nuestro equipo de Gestión de la Atención, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

## Apoyo de salud y bienestar

### Programa de Salud Materno-Infantil

Trabajamos en estrecha colaboración con usted y sus Proveedores para asegurarnos de que usted reciba atención prenatal continua si está embarazada. También podemos ayudar a coordinar la atención que pueda necesitar después del parto. Para obtener información sobre los beneficios y servicios que ofrecemos a mujeres embarazadas que son Miembros de Tufts Health Direct, consulte la página 50.

### Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine

Contamos con la línea de enfermera NurseLine para ofrecer ayuda para preguntas de salud, 24 horas al día, siete días a la semana. Cuando llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888.MY.RN.LINE (888.697.6546) (TTY: 800.942.1859), puede conversar sin costo alguno con un profesional de atención de la salud con licencia atento y comprensivo. Nuestro personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no presta asesoría médica y no reemplaza a sus Proveedores.

### Ayuda para dejar de fumar

Los Miembros de Tufts Health Direct pueden obtener medicamentos de su médico y asesoramiento del Massachusetts Tobacco Prevention & Cessation Program para ayudarlos a dejar de fumar. Este beneficio está totalmente cubierto. Para obtener más información sobre cómo dejar de fumar, hable con su PCP. Consulte también la sección "Servicios de asesoramiento para dejar de fumar" en la página 54.

## Gestión de la Atención Integrada

Cuando sea adecuado, nuestros Trabajadores de Salud Conductual, atención médica y Salud Comunitaria trabajarán estrechamente con usted y entre sí para coordinar la atención que necesita. A esto le llamamos modelo de Gestión de la Atención Integrada. Está diseñado para asegurarnos de que reciba la mejor atención y resultados posibles.

La Gestión de la Atención Integrada puede ayudarlo si tiene necesidades médicas y condiciones complejas o específicas, tales como:

- Un problema de salud mental o de consumo de sustancias.

- Una discapacidad física.
- Una condición especial, como embarazo de alto riesgo, cáncer o VIH/SIDA.

Nuestro equipo trabajará con usted para:

- Abordar sus necesidades, incluidas las inquietudes médicas, las de Salud Conductual, las sociales y las financieras.
- Responder sus preguntas.
- Desarrollar un plan para hacer que se sienta mejor.
- Controlar su salud.

## **Servicios de Atención de la Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)**

Tenemos diferentes niveles de servicios de Salud Conductual, basados en qué tipo de servicios y cuántos servicios necesita o en cualquier condición médica que pueda tener. Puede encontrar una lista de estos servicios (incluidos servicios para Pacientes Hospitalizados y Externos, para el trastorno por consumo de sustancias y servicios alternativos) en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos al final de este Manual. Puede encontrar una lista de los Proveedores de Salud Conductual que proporcionan estos servicios en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o puede llamarnos al **888.257.1985**.

Los profesionales clínicos de Salud Conductual de Tufts Health Plan son profesionales clínicos con licencia que pueden ayudar al hacer lo siguiente:

- Entregarle información sobre servicios comunitarios.
- Vigilar su tratamiento.
- Participar con su equipo de atención de la salud en la planificación del alta.
- Revisar su necesidad de atención continua.

Juntos, podemos ayudarlo a garantizar que reciba la mejor atención. Queremos:

- Seguir mejorando su salud y la de su familia.
- Coordinar su atención entre sus Proveedores y, con su consentimiento, asegurarnos de que su PCP y sus Proveedores de Salud Conductual compartan información pertinente con respecto a diagnósticos, medicamentos o tratamientos.
- Involucrarlo en la planificación de su tratamiento y su recuperación.
- Asegurarnos de que se continúe su atención sin inconvenientes si cambia de Proveedores o planes.
- Asegurarnos de que tenga acceso oportuno y fácil a los niveles adecuados de atención de la Salud Conductual.

En cualquier momento que tenga una Emergencia de Salud Conductual, llame al 911 o vaya a la sala de Emergencias más cercana. Para obtener una lista completa de las salas de Emergencias en todo el estado, visítenos en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o llámenos al **888.257.1985**.

## Transición de la Atención

Cuando abandona un establecimiento con atención 24 horas, como un Hospital de atención aguda o un Centro de Enfermería Especializada, nuestro equipo de atención lo ayudará con sus necesidades de transición de la atención (la atención que necesita para ayudarlo a seguir mejorando). Nuestro equipo de atención trabajará con Proveedores auxiliares para asegurarse de que reciba los servicios que necesite cuando los necesite. Los Proveedores auxiliares incluyen la Visiting Nurse Association u otra agencia de atención a domicilio y Proveedores de Equipo Médico Duradero.

El plan de transición o plan de transición de la atención incluye lo siguiente:

- Coordinar sus necesidades de atención con sus Proveedores, como, por ejemplo, programar citas de seguimiento oportunas.
- Revisar sus medicamentos.
- Desarrollar un plan para ayudarlo a obtener los servicios que necesita.
- Proporcionarle información educativa sobre su condición, sus medicamentos, el control de su enfermedad y qué puede esperar.
- Proporcionarle Gestión de la Atención Integrada e individual.

Su Proveedor puede visitar nuestro sitio web en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o llamarnos al **888.257.1985** para pedirnos que le proporcionemos servicios de transición de la atención.

## Gestión de la Atención Compleja

Nuestro programa de Gestión de la Atención Compleja está destinado a Miembros con condiciones médicas y de Salud Conductual prolongadas, difíciles de controlar, inestables o frágiles. Los Miembros en estos programas cuentan con el apoyo de un equipo de profesionales dedicados a la atención de la salud que pueden ayudarlos a estar y mantenerse saludables. Ellos también pueden ayudar a identificar, reducir o eliminar las barreras sociales para la atención adecuada.

Los Miembros con las siguientes condiciones pueden beneficiarse de nuestros servicios de Gestión de la Atención Compleja:

- SIDA u otras enfermedades del sistema inmunitario.
- Trastorno bipolar.
- Cáncer.
- Ciertas enfermedades neurológicas.
- Embarazo de alto riesgo y Niños recién nacidos.
- Necesidades de cuidados intensivos.
- Trastorno de depresión mayor.
- Múltiples condiciones de salud que son difíciles de controlar.
- Trasplante de órganos.
- Necesidades de atención pediátrica.
- Esquizofrenia.
- Enfermedad cardíaca o pulmonar grave.
- Discapacidad o deterioro grave.
- Lesión traumática grave.
- Trastorno por consumo de sustancias.

Nuestros Gerentes de Atención pueden trabajar con usted para ayudarle con condiciones específicas como:

### **Asma**

Nuestros Gerentes de Atención pueden entregarle información y herramientas para ayudarlo a comprender el asma y sus causas, factores desencadenantes y síntomas. Al trabajar con su Proveedor, podemos ayudarlo a evitar visitas a la sala de Emergencias.

Con nuestra Autorización Previa, una enfermera a domicilio también puede solicitar suministros para usted, como fundas antialérgicas para colchones y almohadas, además puede ayudar con educación adicional sobre el asma. Si tiene asma o cree que la tiene, comuníquese hoy mismo con nosotros al **888.257.1985**.

### **Diabetes**

Los Gerentes de Atención están disponibles para ayudarlo a controlar la diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional. Podríamos enviarle información útil; por ejemplo, información sobre por qué ciertos exámenes son importantes y cómo puede controlar la diabetes de la mejor manera. También podríamos llamarlo para recordarle sus exámenes de laboratorio anuales y citas con el PCP.

Los servicios de la Visiting Nurse Association están disponibles para ayudarlo a conseguir la atención médica continua necesaria y educación sobre la diabetes según sea necesario si está confinado en casa. Para obtener más información, llámenos al **888.257.1985**.

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica**

Nuestros médicos, enfermeras y otros profesionales de atención de la salud quieren ayudar a nuestros Miembros que viven con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a mantenerse saludables. Podríamos enviarle información útil, como recordatorios sobre ciertos exámenes que son importantes para ayudarlo a mantenerse tan saludable como pueda.

Si cumple con los criterios para atención médica a domicilio, podría recibir información sobre la EPOC en casa, de parte de una enfermera a domicilio. Para obtener más información, llámenos al **888.257.1985**.

### **Insuficiencia Cardíaca**

Nuestros Gerentes de Atención pueden trabajar con usted para ayudarlo a controlar la insuficiencia cardíaca. Hablaremos con usted sobre su comprensión de la enfermedad, cómo usted y sus médicos trabajan juntos para controlar su insuficiencia cardíaca y trabajaremos para identificar maneras para mejorar o mantener una buena salud. Podemos enviarle materiales educativos o dirigirlo a recursos en línea para obtener información útil. Para obtener más información, llámenos al **888.257.1985**.

### **Gestión de la Atención (CM por sus siglas en inglés) de la Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)**

La Gestión de la Atención de la Salud Conductual se ofrece a nuestros miembros que:

- Solicitan apoyo después de haber sido diagnosticados con una condición de salud mental o de consumo de sustancias.
- Presentan una condición de Salud Conductual que se les hace difícil controlar.
- Han sido admitidos por una condición de Salud Conductual, especialmente cuando ha habido varias admisiones.
- No han accedido o no pueden acceder a servicios comunitarios.
- Hayan sufrido un acontecimiento catastrófico.
- Tienen necesidades o problemas culturales para los que necesitan que múltiples agencias coordinen la prestación de servicios.

Llámenos al **888.257.1985** si quiere obtener más información o tiene preguntas sobre la Gestión de la Atención de la Salud Conductual y sobre cómo determinamos la atención que aprobamos.

## Salud Comunitaria

Nuestro equipo de Trabajadores de Salud Comunitaria puede ayudarlo no solamente con problemas de atención de la salud. Los Trabajadores de Salud Comunitaria están a su disposición para ayudarlo con cualquier aspecto de su vida que podría afectar su salud, incluso obtener atención de la salud. Los Trabajadores de Salud Comunitaria pueden ayudarlo a:

- Acceder a recursos de Salud Conductual.
- Acceder a servicios comunitarios en conjunto con servicios que proveemos.
- Solicitar beneficios, como la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés) y el Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI por sus siglas en inglés).
- Encontrar un albergue de Emergencia.
- Encontrar servicios escolares.
- Obtener información sobre programas que lo ayuden a pagar por servicios básicos (como electricidad o calefacción).
- Encontrar grupos de apoyo para personas con discapacidades.
- Encontrar recursos comunitarios que están disponibles para usted como Miembro de Tufts Health Plan.
- Encontrar programas de mantenimiento de la salud.
- Encontrar servicios de Atención Preventiva.
- Ayudar a vincularlo con nuestros programas que le pueden apoyar con cualquier necesidad o condición médica.
- Ayudarlo a encontrar un médico.
- Asegurarse de que conozca los beneficios que puede obtener.
- Apoyarlo para conseguir ayuda con alimentos, transporte o vivienda.

Analizaremos su situación y lo referiremos a otro miembro de nuestro equipo de Gestión de la Atención, si creemos que es necesario.

Llámenos al **888.257.1985** si desea obtener más información o si tiene preguntas sobre el programa clínico de extensión a la comunidad.

## Gestión de Calidad

Nos comprometemos a que reciba una atención de la salud de alta calidad en el lugar correcto, en el momento correcto, con los mejores resultados posibles.

Nuestra Descripción del Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad (QMIPD por sus siglas en inglés), preparada anualmente, es:

- Una descripción general de nuestro métodos y medidas de Gestión y mejoramiento de la Calidad.
- Una descripción general de alto nivel de nuestros programas y actividades de atención y control de enfermedades.
- Un resumen de nuestro trabajo centrado en la seguridad del paciente.

La QMIPD incluye lo siguiente:

- Una descripción de nuestros programas de Gestión de Calidad, recursos dedicados a los programas, la estructura del programa y su órgano directivo.
- Los aspectos médicos y de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) de nuestro programa de calidad.
- Un análisis de nuestra encuesta anual para Miembros que evalúa su satisfacción con respecto al acceso a lo siguiente:
  - Servicios Auxiliares, como análisis de laboratorio
  - Equipo Médico Duradero
  - Servicios de hospitalización
  - Servicios especializados
  - Otros Servicios Cubiertos
- Objetivos para ayudar a nuestros Miembros con diversidad cultural y lingüística, y con necesidades complejas de salud.

Estamos comprometidos con el mejoramiento de los Servicios Cultural y Lingüísticamente Adecuados (CLAS por sus siglas en inglés) y la reducción de desigualdades en la atención de la salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos define competencia cultural como la capacidad de:

- Comprender las características sociales, lingüísticas, morales, intelectuales y conductuales de una comunidad o población.
- Traducir esta comprensión sistemáticamente para mejorar la efectividad de la prestación de atención de la salud a poblaciones diversas.

El compromiso inquebrantable de Tufts Health Plan de proporcionar una cobertura de atención de la salud asequible y de alta calidad a los miembros se refleja en nuestra calificación del National Committee for Quality Assurance (NCQA), pues estamos entre los mejores planes de salud del país según la calidad y la satisfacción de los miembros.

Tufts Health Plan cuenta con la acreditación del NCQA desde 1994. De 1999 a 2019, sus productos HMO/POS alcanzaron el estatus de acreditación "Excelente" del NCQA, que es el logro más alto posible para la protección del consumidor, la mejora de la calidad y la eficacia clínica. El producto PPO de Tufts Health Plan cuenta con la acreditación desde 2006 y mantuvo el estatus de acreditación "Excelente" durante ese tiempo.

A partir de 2020, el NCQA actualizó su metodología de puntuación y ya no emite la acreditación "Excelente". En su lugar, la máxima puntuación que recibe un plan es "Acreditado". Como resultado, los productos HMO/POS y PPO ahora son "Acreditados".

La fecha de vigencia de la acreditación actual vence en 2024. La próxima revisión de acreditación Comercial del NCQA para Tufts Health Plan es en 2024. La última revisión de acreditación Comercial del NCQA para Tufts Health Plan fue en 2021.

Si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención que obtiene de un Proveedor de la Red o sobre los servicios que proveemos, comuníquese con nosotros al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

# Cómo resolver inquietudes

## Consultas

Una Consulta es cualquier pregunta o solicitud que puede tener sobre cómo trabajamos. Como Miembro de Tufts Health Plan, tiene derecho a hacer una Consulta en cualquier momento. Resolveremos sus Consultas de inmediato o, a más tardar, en un plazo de tres días hábiles a partir del día en que las recibamos. Le haremos saber la resolución el día que resolvamos su Consulta.

## Quejas

Si no está satisfecho con algo que Tufts Health Plan hizo o no hizo, tiene derecho a presentar una Queja. Esto significa que puede decirnos por qué no está satisfecho y nosotros investigaremos y resolveremos la situación (si no está satisfecho con una Determinación Adversa o cualquier rechazo basado en sus beneficios, puede presentar una Apelación; consulte la sección siguiente).

Puede presentar una Queja en cualquier momento después de ocurrida la acción o inacción que le preocupa. Puede presentar una Queja por cualquier razón, por ejemplo:

- Si no está satisfecho con la calidad de la atención o los servicios que recibe.
- Si uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados es descortés con usted.
- Si cree que uno de sus Proveedores o uno de nuestros empleados no respetó sus derechos.
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de extender el plazo para tomar una decisión sobre una Autorización, una Apelación Interna Estándar o una Apelación Interna Expedita.
- Si está en desacuerdo con nuestra decisión de no agilizar una solicitud de Apelación Interna Estándar.

Su Representante Personal, si tiene uno, puede presentar una Queja por usted. Puede designar a un Representante Personal con solo enviarnos un Formulario de Representante Personal de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un Formulario en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com), [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) o si llama a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Si no recibimos su Formulario de Representante Personal de Tufts Health Direct firmado en un plazo de 30 Días después de que alguien que no sea usted haya presentado una Queja en su nombre, desestimaremos la Queja.

## Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante Personal pueden presentar una Queja de las siguientes maneras:

**Teléfono:** Llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**TTY/TTD:** Las personas con pérdida auditiva pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**Correo:** Envíe su Queja por correo a:

Tufts Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

**Correo electrónico:** Envíe una Queja por correo electrónico a través de la sección "Contact us" (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin).

**Fax:** Envíenos una Queja por fax al 617.972.9509.

**En persona:** Visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**Portal seguro en línea para afiliados:** acceda a su portal seguro en línea en <https://members.tufts-health.com/thp/portal/members/login> para presentar una queja por vía electrónica.

Una vez que presente la Queja, haremos lo siguiente:

- Le informaremos a usted o a su Representante Personal que recibimos su Queja, mediante el envío de un aviso por escrito.
- Se le proporcionará a usted o a su representante personal una respuesta por escrito a su queja por correo certificado o registrado en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibió la misma, la cual incluirá la información que consideramos y explicará nuestra decisión.
- Proveeremos servicios de intérprete, de ser necesarios.

## Apelaciones

Como Miembro de Tufts Health Direct, usted, su Proveedor o su Representante Personal tiene derecho a solicitar una Apelación Interna Estándar si está en desacuerdo con cualquier rechazo basado en sus beneficios o una Determinación Adversa (por ejemplo, rechazo basado en una Necesidad Médica).

### Cómo solicitar una Apelación Interna Estándar

Usted o su Representante Personal puede solicitar una Apelación Interna Estándar en un plazo de 180 Días a partir de la fecha de un rechazo o Determinación Adversa, de las siguientes maneras:

**Teléfono:** Llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**TTY/TTD:** Las personas con pérdida auditiva pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**Correo:** Envíe una solicitud de Apelación Interna Estándar por correo, junto con una copia de cualquier aviso pertinente y cualquier información adicional sobre la Apelación Interna Estándar, a:

Tufts Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

**Correo electrónico:** Solicite una Apelación Interna Estándar por correo electrónico a través de la sección "Contact us" de nuestro sitio web en [tuftshealthplan.com](https://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](https://tuftshealthplan.com/memberlogin).

**Fax:** Solicite una Apelación Interna Estándar por fax al 857-304-6321.

**En persona:** Visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Massachusetts), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

**Portal seguro en línea para afiliados:** acceda a su portal seguro en línea en <https://members.tufts-health.com/thp/portal/members/login> para presentar una queja por vía electrónica.

Aunque tiene **180 Días** para solicitar una Apelación Interna Estándar, lo alentamos a que actúe tan pronto como sea posible.

Le haremos saber que recibimos su Apelación Interna Estándar mediante un aviso por escrito enviado **en un plazo de 48 horas** a partir de la recepción de su Apelación escrita o verbal.

Otras personas que pueden solicitar una Apelación Interna Estándar por usted

Su Representante Personal puede solicitar una Apelación Interna Estándar por usted. Debe informarnos por escrito si su Representante Personal solicitará una Apelación Interna Estándar por usted.

Puede designar a un Representante Personal con solo enviarnos un Formulario de Representante

Personal de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un Formulario con solo llamar al Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**. También puede encontrar este formulario en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin).

**Nota:** Si alguien intenta solicitar una Apelación Interna Estándar por usted y usted no nos envió con anticipación un Formulario de Representante Personal para esa persona, le informaremos por escrito que se presentó una solicitud y le enviaremos una copia del Formulario de Representante Personal para que lo firme y nos lo envíe de regreso. No tomaremos más medidas hasta que recibamos el Formulario de Representante Personal firmado. Si no envía el Formulario, desestimaremos la solicitud, a menos que sea una Apelación Interna Expedita solicitada por un Proveedor.

### **Continuidad de servicios durante el proceso de Apelación**

Si su Apelación tiene relación con la interrupción de cobertura o tratamiento en curso, la cobertura en disputa seguirá vigente y correrá por nuestra cuenta hasta que concluya el Proceso de Apelación Interna. Esto ocurrirá siempre y cuando usted o su Representante Personal solicite la Apelación Interna Estándar o Expedita de manera oportuna. Aún así, deberá pagar su parte de los Costos Compartidos, como se indica en su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos. Solo los servicios autorizados originalmente por nosotros y que no se interrumpieron en virtud de una exclusión específica relacionada con períodos o episodios seguirán estando cubiertos.

### **Plazo para la Apelación Interna Estándar**

Revisaremos y tomaremos una decisión sobre su Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días\* a partir de la fecha en que recibamos la solicitud. Podríamos solicitar extender el plazo si necesitamos más información. Lo llamaremos para conversar sobre la extensión y le enviaremos una carta de extensión. El tiempo adicional no será superior a 30 Días a partir de la fecha en que conversemos sobre una extensión.

Para cualquier Apelación, incluida una Apelación Interna Expedita respecto de la cual Tufts Health Plan no haya actuado dentro de los plazos especificados, se tomará una decisión favorable para usted.

### **Revisión de los registros médicos como parte de la Apelación Interna Estándar**

Puede enviarnos comentarios por escrito, documentos u otra información relacionada con su Apelación Interna Estándar. Tiene derecho a revisar su archivo de caso, que incluye información como registros médicos y otros documentos, así como registros que consideramos durante el proceso de Apelación.

### **Apelación Interna Expedita**

Usted o su Representante Personal puede solicitar una Apelación Interna Expedita (rápida) sobre una Determinación Adversa (por ejemplo, rechazo basado en Necesidad Médica) si usted o su Proveedor piensa que nuestro plazo estándar de 30 Días:

- Podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar su función al máximo.
- Le ocasionará dolor agudo que no se pueda controlar adecuadamente sin el servicio solicitado.

Si usted o su Proveedor cree que su Apelación cumple con los criterios mencionados anteriormente, su Proveedor, usted o su Representante Personal puede solicitarnos una Apelación Interna Expedita en forma verbal, por escrito o personalmente, en vez de solicitar una Apelación Interna Estándar. Si la solicitud no la presenta un Proveedor, la evaluará un Revisor Médico de Tufts Health Plan para determinar si se cumplen los criterios para una Apelación Expedita. Se le notificará a usted o a su representante personal la decisión sobre su apelación en un plazo de 72 horas a partir del inicio de la revisión. Usted o su Representante Personal también puede solicitar una Revisión Externa Expedita a la Office of Patient Protection (OPP) en el mismo momento en que solicite una Apelación Interna Expedita. Si la solicitud la hace el Proveedor, se procesa el caso como solicitud expedita y no se revisa para ver si cumple con los criterios de un caso expedito. Para obtener más información, consulte las secciones sobre "Revisiones Externas Expeditas", a partir de la página 83.

Hay situaciones en las que podríamos revisar una Apelación Interna Estándar de manera rápida y cada situación tiene un requisito determinado del plazo en el que debemos tomar una decisión sobre la Apelación Interna Estándar:

- Si es paciente de un Hospital, debemos emitir una decisión antes de que le den el alta del Hospital.
- Si un proveedor nos informa por escrito que una demora en la obtención del servicio o suministro solicitado causaría un riesgo de daño considerable para usted, Tufts Health Plan revertirá la decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al inicio de la revisión en espera del resultado de la decisión de la apelación acelerada.
- Si usted solicita Equipo Médico Duradero, emitiremos una decisión en un plazo de 48 horas o menos cuando el Proveedor especifique un plazo razonable.
- Si sufre de alguna enfermedad terminal, tomaremos una decisión en un plazo de cinco días laborables a partir de la fecha en que se recibió la apelación.

**Nota importante sobre los medicamentos recetados:**

Si su Proveedor cree que es Medicamento Necesario que usted tome medicamentos que no están en el Formulario o que están restringidos en virtud de alguno de los programas de administración de farmacias de Tufts Health Plan, el Proveedor puede presentar una solicitud de cobertura. Revisaremos la solicitud y le notificaremos nuestra determinación de cobertura en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud. Aprobaremos la solicitud si cumple con nuestras pautas de cobertura. Para obtener más información, puede llamar a Servicios para Miembros o visitar <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy>

**Nota sobre los medicamentos recetados:** Usted o el Proveedor que emitió la receta puede solicitar un proceso de excepción expedita para medicamentos recetados con base en circunstancias apremiantes. Les notificaremos a usted y al Proveedor que emitió la receta nuestra determinación a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud. Existen circunstancias apremiantes cuando un Miembro:

- Sufre una condición de salud que podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función al máximo; o
- Está sometiéndose a un plan actual de tratamiento con un medicamento que no está en el Formulario.

**Aviso por escrito de decisiones sobre Apelaciones**

Le informaremos nuestras decisiones sobre Apelaciones por escrito.

- En el caso de las apelaciones internas estándar, le enviaremos una carta con la decisión por correo certificado o registrado en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en que se recibió la apelación.
- En el caso de las apelaciones internas aceleradas, le enviaremos una carta con la decisión por correo certificado o registrado en un plazo de dos (2) días laborables a partir de la fecha en que se toma la decisión.

Para las Determinaciones Adversas, este aviso incluirá una explicación clínica de la decisión y además hará lo siguiente:

- Proporcionará información específica sobre la que basamos una Determinación Adversa.
- Analizará sus síntomas o condición, diagnóstico y las razones específicas por las que la evidencia enviada no cumple con los criterios correspondientes de revisión médica.
- Especificará las opciones de tratamiento alternativo que cubrimos.
- Indicará e incluirá los criterios de revisión clínica pertinentes.
- Le hará saber a usted o a su Representante Personal sus opciones para seguir apelando nuestra decisión, por ejemplo, procedimientos para solicitar una Revisión Externa y una Revisión Externa Expedita.

## Proceso de Revisión Externa

Si le enviamos una Determinación Adversa Definitiva (es decir, una decisión indicando que usted no cumplió con los requisitos de cobertura basados en una Necesidad Médica), tiene la oportunidad de solicitar una Revisión Externa a la Office of Patient Protection (OPP). Puede solicitar una Apelación Interna Expedita y una Apelación Externa Expedita al mismo tiempo. Usted o su Representante Personal es responsable de iniciar el proceso de Revisión Externa. Adjuntaremos un Formulario de Revisión Externa cuando emitamos una Determinación Adversa Definitiva. Para iniciar la revisión, envíe el Formulario requerido a la OPP a esta dirección en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que recibió nuestra Determinación Adversa Definitiva:

Health Policy Commission Office of Patient Protection  
50 Milk Street  
Eighth Floor  
Boston, MA 02109

Si ha estado recibiendo un Servicio Cubierto y cancelamos la cobertura del servicio, la cobertura en disputa seguirá vigente y correrá por nuestra cuenta hasta el final del proceso de Apelación. Esto ocurrirá siempre y cuando solicite una Revisión Externa antes del final del segundo día hábil posterior a la recepción de la Determinación Adversa Definitiva. Aún así, deberá pagar su parte de los Costos Compartidos, como se indica en su Resumen de Beneficios y Costos Compartidos. Si el Organismo de Revisión Externa decide que debe seguir recibiendo el servicio porque podría sufrir daños considerables si se cancela el servicio, seguiremos cubriendo el servicio hasta que se tome una decisión sobre la Revisión Externa, sin importar cuál sea la decisión de la Revisión Externa.

La OPP examinará todas las solicitudes de Revisión Externa para comprobar si:

- Cumplen los requisitos de la Revisión Externa.
- No conllevan un servicio o beneficio que hayamos especificado en este Manual del Miembro que está excluido de la cobertura.
- Son resultado de que hayamos emitido una Determinación Adversa Definitiva (no necesitará que le enviemos una Determinación Adversa Definitiva si no actuamos dentro de los plazos para la Apelación Interna Estándar o si le solicitó una Revisión Externa Expedita a la OPP y se nos solicitó una Apelación Interna Expedita al mismo tiempo).

**Nota:** Las disputas sobre pagos no son elegibles para una revisión externa, excepto cuando la apelación se presenta para determinar si son aplicables las protecciones de facturación por sorpresa.

La OPP examinará su solicitud de Revisión Externa en un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la solicitud. Una vez que se considere que su caso es elegible para una Revisión Externa, la OPP lo presentará ante el Organismo de Revisión Externa. Luego, el Organismo de Revisión Externa le enviará una decisión por escrito.

### Revisiones Externas Expeditas

Puede solicitar una Revisión Externa Expedita si su Proveedor le comunica a la OPP por escrito que un retraso en la prestación de la atención representaría una amenaza grave para su salud. La OPP examinará su revisión en un plazo de 72 horas después de recibir nuestra solicitud. Las Revisiones Externas Expeditas se resuelven en un plazo de cuatro días hábiles a partir de la fecha en que el Organismo de Revisión Externa recibe el referido de la OPP. Puede solicitar una Revisión Externa Expedita al mismo tiempo que solicita una Apelación Interna Expedita a Tufts Health Plan.

### Cuando su Revisión Externa implica nuestra decisión de suspender un servicio anteriormente aprobado por nosotros

Si la Revisión Externa implica suspender la cobertura de servicios en curso, puede solicitarle a la OPP seguir recibiendo los servicios durante la Revisión Externa. Debe presentar la solicitud antes del final del segundo día hábil después de recibir nuestra Determinación Adversa Definitiva. Si el Organismo de Revisión Externa decide que debe seguir recibiendo el servicio porque podría sufrir un perjuicio considerable si este se cancela, seguiremos cubriendo el servicio hasta que se tome una decisión sobre

la Revisión Externa, sin importar cuál sea esta decisión.

**Cómo comunicarse con la Office of Patient Protection (OPP)**

Si tiene preguntas sobre sus derechos como Miembro o preguntas sobre el proceso de Revisión Externa, puede comunicarse con la OPP llamando al 800.436.7757 o por fax al 617.624.46, o bien visitar el sitio web de la OPP: <https://www.mass.gov/orgs/office-of-patient-protection>.

También puede comunicarse con la OPP por correo electrónico escribiendo a HPC-OPP@state.ma.us o por correo postal a:

Health Policy Commission  
Office of Patient Protection  
50 Milk Street  
Eighth Floor  
Boston, MA 02109

## Limitación de Acciones

Usted no puede presentar una demanda contra Tufts Health Plan por no pagar o no coordinar los servicios cubiertos, a menos que haya completado el proceso de apelaciones de Tufts Health Plan y cualquier proceso de revisión externa aplicable, y presente la demanda dentro de los dos años siguientes a la denegación inicial de los beneficios. Pasar por el proceso de apelaciones y el de revisión externa aplicable no extiende el límite de tiempo para presentar una demanda más allá de dos años después de la fecha en que se le denegó la cobertura por primera vez. Sin embargo, si decide seguir la revisión externa que ofrece la Office of Patient Protection, los días que transcurren desde la fecha en que la OPP recibe su solicitud hasta la fecha en que usted recibe la respuesta no se contabilizan para el límite de dos años.

## Preguntas o inquietudes

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el proceso de Quejas o Apelaciones, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

## Sus derechos y responsabilidades

### Sus derechos como Miembro

Como Miembro de Tufts Health Plan, tiene derecho a lo siguiente:

- Ser tratado con respeto y dignidad, sin importar su raza, origen étnico, credo, creencias religiosas, orientación sexual o fuente de pago de la atención.
- Recibir tratamiento Médicamente Necesario, incluida la atención de Emergencia.
- Recibir información sobre nosotros y nuestros servicios, Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP), Especialistas, otros
- Proveedores, y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente Necesarias para su(s) condición(es), sin importar el costo o la cobertura del beneficio.
- Trabajar con su PCP, los Especialistas y otros Proveedores para tomar decisiones sobre su atención de la salud.
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.
- Llamar al consultorio de su PCP o de su Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) 24 horas al día, siete días a la semana.
- Contar con que sus registros de atención médica sean privados y que acatemos las leyes relacionadas con la confidencialidad de los registros y la información personal de los pacientes, en reconocimiento de su derecho a la privacidad.
- Obtener una segunda opinión para la atención y los tratamientos propuestos.
- Presentar una Queja para expresar su insatisfacción con nosotros, sus Proveedores o la calidad de la atención o los servicios que recibe.
- Apelar un rechazo o una Determinación Adversa que tomemos en relación con su atención o servicios.
- No experimentar restricciones ni aislamiento como medio de coerción, disciplina o represalias.
- Pedir más información o explicaciones de lo que se incluye en este Manual del Miembro, ya sea en forma oral o por escrito.

- Pedir una copia de este Manual del Miembro en cualquier momento.
- Recibir un aviso por escrito de los cambios importantes y finales a nuestra Red de Proveedores, incluyendo, entre otros, cancelaciones de PCP, Especialistas, Hospitales y establecimientos que lo afectan.
- Pedir y recibir copias de sus registros médicos y pedir que los corrijamos o enmendemos, si es necesario.
- Recibir los servicios que cubrimos (consulte la página 40).
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los Miembros.
- Pedir y recibir este Manual del Miembro y demás información de Tufts Health Plan traducidos a su idioma de preferencia.

## Sus responsabilidades como Miembro

Como Miembro de Tufts Health Plan, tiene las siguientes responsabilidades:

- Tratar a todos los Proveedores con respeto y dignidad.
- Asistir a todas las citas a tiempo o llamar si llegará tarde o necesita cancelar una cita.
- Entregarles al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP), a los Especialistas y a otros Proveedores, como también a nosotros, información completa y correcta sobre su historia clínica, los medicamentos que toma y otros asuntos relacionados con su salud.
- Pedir más información al PCP y otros Proveedores si no entiende lo que le dicen.
- Participar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para entender y ayudar a desarrollar planes y objetivos para mejorar su salud.
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus Proveedores.
- Comprender que negarse al tratamiento puede causar efectos graves en su salud.
- Comunicarse con el PCP o Proveedor de Salud Conductual dentro de las 48 horas siguientes a su visita a la sala de Emergencias para atención de seguimiento.
- Cambiar su PCP o Proveedor de Salud Conductual si no está satisfecho con la atención actual.
- Expresar sus inquietudes y reclamos en forma clara.
- Informarnos si tiene acceso a cualquier otro seguro.
- Informarnos si sospecha de un posible Fraude o uso indebido.
- Informarnos de cualquier cambio en el PCP.
- Informarle a Health Connector y también a nosotros de cambios en su dirección o teléfono.
- Informarnos si está embarazada.

## Más información disponible para usted

Si desea conocer más acerca de sus derechos y responsabilidades con Tufts Health Plan, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Además, puede obtener información sobre nosotros de las siguientes fuentes:

- The Massachusetts Board of Registration in Medicine <https://www.mass.gov/orgs/board-of-registration-in-medicine>, que puede darle información sobre los Proveedores con licencia para ejercer en Massachusetts.
- Office of Patient Protection (OPP), que también puede darle información sobre sus derechos como un Miembro de la atención administrada y sobre el proceso de Revisión Externa.
- Una lista de fuentes de información publicada en forma independiente que evalúa la satisfacción de los Miembros y la calidad de los Servicios de Atención de la Salud que ofrecemos.
- El porcentaje de las ganancias por Primas que gastamos en Servicios de Atención de la Salud para nuestros Miembros durante el año más reciente del que se tenga información.
- Un informe con un resumen sobre Apelaciones, como la cantidad de Apelaciones presentadas, la cantidad de Apelaciones aprobadas internamente, la cantidad de Apelaciones denegadas internamente y la cantidad de Apelaciones retiradas antes de una resolución.

## Protección de sus beneficios

Permite reducir el Fraude y el uso indebido en la atención de la salud. Algunos ejemplos de Fraude o uso indebido son los siguientes:

- Recibir facturas por Servicios de Atención de la Salud que nunca le prestaron.
- Personas que prestan su Tarjeta de Identificación de seguro de salud a otros con el fin de recibir Servicios de Atención de la Salud o adquirir medicamentos recetados.
- Que le pidan proveer información falsa o engañosa de atención de la salud.
- Personas que revenden suministros o equipos que se les proporcionaron como Servicios Cubiertos.

Para denunciar un posible Fraude y uso indebido de la atención de la salud, o si tiene alguna pregunta, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o envíe un correo electrónico a [THPP\\_Claims\\_Fraud\\_and\\_Abuse@point32health.org](mailto:THPP_Claims_Fraud_and_Abuse@point32health.org). No necesitamos su nombre ni información de Miembro. También puede llamar a nuestra línea directa anónima al 800.826.6762 o enviarnos una carta anónima a:

Tufts Health Plan  
Attn: Fraud and Abuse  
Privacy Officer  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

## Cuando tiene otros seguros

Debe informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud además de Tufts Health Direct. También debe informarnos si ocurren cambios en su cobertura de seguro alternativo. Los tipos de seguro alternativo que puede tener incluyen:

- Cobertura de un seguro de salud Grupal del empleador para empleados o jubilados, ya sea para usted o su cónyuge.
- Cobertura bajo un contrato de seguro no grupal.
- Cobertura bajo Compensación del Trabajador debido a una enfermedad o lesión laboral.
- Cobertura de Medicare u otro seguro público.
- Cobertura para un accidente en el que está involucrado un seguro contra todo riesgo o seguro contra daños a terceros.

- Cobertura que reciba a través de la Administración de Beneficios para Veteranos.
- “Continuación de cobertura” que tenga; por ejemplo, a través de COBRA: COBRA es una ley que exige a los empleadores con 20 empleados o más que les permitan a sus empleados y sus Familiares Dependientes conservar su cobertura de salud Grupal durante un período después de abandonar su Plan Grupal bajo ciertas condiciones. Consulte la sección “Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo” a partir de la página 36 para obtener más información.

## Coordinación de Beneficios

Podría tener beneficios en virtud de otros planes para gastos médicos, dentales, de hospital u otro tipo de gastos de atención de la salud. Tenemos un programa de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) que previene la duplicación del pago por los mismos Servicios de Atención de la Salud. Coordinaremos los beneficios pagaderos por Servicios Cubiertos con los beneficios pagaderos por otros planes, de conformidad con la ley de Massachusetts, Título 211 del Código de Reglamentos de Massachusetts (CMR por sus siglas en inglés), Sección 38.00 y siguientes. A través de esta Coordinación de Beneficios, su Tufts Health Direct Plan puede cubrir un Servicio Cubierto. En otras situaciones, por ejemplo, para una atención que no cubrimos, otra compañía de seguros podría cubrir el servicio para usted. Según lo permitido por la ley de Massachusetts, 211 CMR 38.00 y siguientes, coordinaremos beneficios para Reclamaciones de medicamentos recetados conforme a nuestro monto permitido de pagador secundario en todos los casos.

Coordinaremos los beneficios determinando cuál plan debe pagar en primer lugar cuando usted presenta una Reclamación y qué plan debe pagar en segundo lugar. Determinamos el orden de los beneficios usando la primera norma aplicable establecida en el 211 CMR, Sección 38.00, y pagamos o proveemos beneficios en virtud de las normas establecidas en el 211 CMR.

Estas normas están disponibles en el sitio web del estado de Massachusetts, [mass.gov/code-of-massachusetts-regulations-cmr](http://mass.gov/code-of-massachusetts-regulations-cmr).

Si tiene un seguro de salud adicional, llámenos al **888.257.1985**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para saber cómo se gestionará el pago.

# Subrogación

## Derecho de Subrogación de Tufts Health Direct

Usted podría tener derecho legal a cobrar parte o la totalidad de los costos de su atención de la salud de parte de otras personas (un "Tercero"). Un "Tercero" se refiere a cualquier persona o empresa que es, podría ser o se afirma que es responsable de los costos de sus lesiones o enfermedades. Esto incluye los costos de cualquier Familiar Dependiente cubierto en virtud de este plan.

Tufts Health Direct puede cubrir los costos de atención de la salud por los cuales un Tercero es responsable. En este caso, podríamos exigir que el Tercero nos reembolse el costo total de los beneficios provistos por este plan. Nuestros derechos de cobro se aplican a todos los cobros realizados por usted o en su nombre de cualquier origen.

Esto incluye, entre otros, los siguientes:

- pagos realizados por un Tercero;
- pagos realizados por cualquier compañía de seguros en representación del Tercero;
- cualquier pago o indemnización en virtud de una póliza de cobertura de un conductor no asegurado o con seguro insuficiente;
- cualquier indemnización o acuerdo por discapacidad;
- protección contra lesiones personales (PIP por sus siglas en inglés) contra todo riesgo o cobertura de pagos médicos (MedPay) en virtud de cualquier póliza automotriz en la medida admisible por la ley;
- cobertura de pagos médicos de locales o de propietarios;
- cobertura de seguros de locales o de propietarios; y
- cualquier otro pago de cualquier procedencia destinado a compensarlo por lesiones de Terceros.

Tenemos derecho a cobrar estos costos en su nombre. Podemos hacerlo con su consentimiento o sin él, directamente de la persona o empresa. Nuestro derecho tiene prioridad, excepto si la ley establece lo contrario. Podemos cobrar parte de la cantidad total de cualquier cobro, sin importar si:

- la totalidad o parte del cobro está destinada a gastos médicos; o
- el cobro es menor que el monto necesario para reembolsarle totalmente por la enfermedad o lesión.

## Derecho de reembolso de Tufts Health Direct

Esta estipulación se aplica además de los derechos descritos anteriormente. Puede cobrar dinero mediante una demanda, un acuerdo o de otra manera. Si esto ocurre, tiene la obligación de reembolsarnos el costo de los Servicios de Atención de la Salud, suministros, medicamentos y gastos por los que pagamos o pagaremos. Este derecho a reembolso se ejerce cuando hemos provisto beneficios de atención de la salud para gastos por los que un Tercero

es responsable y usted ha cobrado cualquier monto de cualquier procedencia. Esto incluye, entre otros, los siguientes:

- pagos realizados por un Tercero;
- pagos realizados por cualquier compañía de seguros en representación del Tercero;
- cualquier pago o indemnización en virtud de una póliza de cobertura de un conductor no asegurado o con seguro insuficiente;
- cualquier indemnización o acuerdo por discapacidad;

- PIP contra todo riesgo o MedPay en virtud de cualquier póliza automotriz en la medida admisible por la ley;
- cobertura de pagos médicos de locales o de propietarios;
- cobertura de seguros de locales o de propietarios; y
- cualquier otro pago de cualquier procedencia destinado a compensarlo y del cual un Tercero es responsable.

Tenemos derecho a recibir un reembolso de hasta el monto de cualquier pago recibido por usted en la medida admisible por la ley, sin importar si (a) la totalidad o parte del pago que recibió fue designado, asignado o caracterizado como pago por gastos médicos; o (b) el pago es por un monto menor que el necesario para compensarlo totalmente por la enfermedad o lesión.

## **Cooperación de los Miembros**

Usted además acepta:

- notificar oportunamente y por escrito a Tufts Health Direct cuando se avise a cualquier Tercero o representante de un Tercero sobre la intención de investigar o realizar una Reclamación de cobro de daños u obtener compensación;
- cooperar con nosotros y proporcionarnos la información solicitada;
- hacer lo que sea necesario para proteger nuestros derechos de Subrogación y reembolso en virtud de este plan;
- asignarnos todos los beneficios de Terceros a los que tiene derecho. Su asignación será como máximo igual al costo de los Servicios de Atención de la Salud, suministros y gastos que pagamos o pagaremos por su enfermedad o lesión;
- darnos derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier cobro, acuerdo, decisión u otra fuente de compensación a la que podría acceder cualquier Tercero. Usted acepta hacer esto en la medida del costo total de todos los beneficios relacionados con la responsabilidad de Terceros;
- no tomar acciones que perjudiquen nuestros derechos según se establecieron anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de aceptar cualquier acuerdo o cobro que tenga la intención específica de reducir o excluir el costo total de todos los beneficios provistos por este plan;
- desempeñarse como fideicomisario constructivo de los beneficios de este plan respecto de todos los fondos de acuerdos o cobros recibidos como resultado de la responsabilidad de Terceros;
- que podamos recuperar el monto total de todos los beneficios provistos por este plan sin tener en cuenta ninguna
- Reclamación de culpa por su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otro modo;
- que no se puedan descontar costos de juzgados u honorarios de abogados de nuestro cobro;
- que no estemos obligados a pagar ni a contribuir al pago de los costos judiciales ni de los honorarios de los abogados
- contratados por usted para llevar a cabo su Reclamación o demanda contra cualquier Tercero; y
- que en el caso de que usted o su representante no coopere con Tufts Health Direct, usted será responsable de todos los beneficios provistos por este plan además de los costos y honorarios de abogados incurridos por Tufts Health Direct para fines de obtener compensación.

## **Compensación del Trabajador**

Los empleadores proveen a sus empleados de un seguro de Compensación del Trabajador para protegerlos en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, usted y su empleador deben asegurarse de que todas las Reclamaciones médicas relacionadas con la enfermedad o lesión se facturen a la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador de su empleador. No proveeremos cobertura para ninguna lesión o enfermedad para la cual se determine que el Miembro tiene derecho a recibir beneficios en virtud de cualquier estatuto del seguro de Compensación del Trabajador o responsabilidad del empleador equivalente, o ley de indemnización (sin importar si el empleador obtuvo o no cobertura del seguro de Compensación del Trabajador según lo exige la ley).

Si pagamos los costos de Servicios de Atención de la Salud o medicamentos por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, tenemos derecho a cobrarle esos costos a usted, la persona o la empresa legalmente obligada a pagar por tales servicios, o bien al Proveedor. Si su Proveedor nos facturase servicios o medicamentos por alguna enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, los Miembros deben llamar a **Servicios para Miembros: 888.257.1985**.

## **Fideicomiso Constructivo**

Al aceptar los beneficios de Tufts Health Direct (ya sea que el pago de dichos beneficios se le haga a usted directamente o se haga en su nombre, por ejemplo, a un Proveedor), usted acepta por este medio que, si recibe cualquier pago de cualquier parte responsable como resultado de una lesión, enfermedad o condición, servirá como un fideicomisario constructivo sobre los fondos que constituyen ese pago. No retener esos fondos en fideicomiso se considerará como incumplimiento de su obligación fiduciaria ante Tufts Health Direct.

## **Agente de Subrogación**

Podríamos contratar a un tercero para que administre los cobros de Subrogación. En tal caso, el subcontratista actuará como nuestro agente.

## **Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo**

Si sufre un accidente en un vehículo motorizado, sin importar de quién sea la culpa, podría tener derecho a beneficios médicos en virtud de su cobertura de automóviles o la de la otra persona. Estos beneficios se conocen como beneficios de Protección contra Lesiones Personales (PIP) y Pagos Médicos (MedPay). Los beneficios de PIP en virtud de la póliza de automóviles pagan en primer lugar, hasta \$2,000 en gastos médicos y funerarios. Después de agotar los beneficios de PIP, nuestra cobertura pasa a ser la cobertura primaria. Si pagamos los servicios médicos relacionados con su accidente en un vehículo motorizado antes de que se agoten los beneficios de PIP, podríamos cobrar el costo de esos beneficios de la manera descrita anteriormente. MedPay es siempre secundario a nuestra cobertura. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de rechazo de una compañía de seguros de automóviles para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor. En el caso de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador será la primera responsable de esos gastos. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de rechazo de la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor.

# Otras Disposiciones

## Uso y Divulgación de Información Médica

Tufts Health Plan les envía por correo a todos los Suscriptores una Notificación de las Políticas de Privacidad por separado para explicar cómo se usa y divulga su información médica. Si tiene preguntas o desea recibir otra copia de nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad, llame a un Representante de Servicios para Miembros. La información también está disponible en nuestro sitio web en [www.tuftshealthplan.com](http://www.tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin).

## Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores

### Tufts Health Plan y los Proveedores

Nosotros coordinamos Servicios de Atención de la Salud, no proporcionamos Servicios de Atención de la Salud. Tenemos acuerdos con Proveedores que ejercen en sus consultorios privados en toda el Área de Servicio. Estos Proveedores son independientes. No son empleados, agentes ni representantes de Tufts Health Plan. Los Proveedores no están autorizados a:

- cambiar esta Evidencia de Cobertura; o
- suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan.

No somos responsables de los actos, omisiones, declaraciones u otra conducta por parte de un Proveedor.

### Circunstancias Fuera del Control Razonable de Tufts Health Plan

Tufts Health Plan no será responsable de una falla o retraso en la coordinación de la prestación de servicios en casos de circunstancias fuera de nuestro control razonable. Dichas circunstancias incluyen, entre otras: Catástrofes, epidemias, huelgas, guerras, disturbios e insurrecciones civiles. En tales circunstancias, haremos un esfuerzo de buena fe para coordinar la prestación de servicios. Al hacerlo, tomaremos en cuenta el impacto del evento y la disponibilidad de Proveedores de la Red.

# Anexo A: Glosario

**Administración de la Utilización (UM):** Tufts Health Plan tiene un programa de Administración de la Utilización. Se emplea para evaluar si los servicios de atención de la salud provistos a los Miembros son: (1) Médicamente Necesarios; y (2) provistos de la manera más adecuada y eficiente. La Administración de la Utilización es nuestro proceso constante de revisión y evaluación de la atención que recibe, para asegurarnos de que es la adecuada y la que necesita.

Un **Administrador de Inscripción** es un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio de primas del seguro de salud del estado. Tufts Health Direct se ofrece por medio del Administrador de Inscripción, el Seguro de una HSA.

Un **Analista Conductual Certificado por la Junta (BCBA por sus siglas en inglés)** cumple con los requisitos de la Junta de Certificación de Analistas de Conducta (BACB por sus siglas en inglés) mediante la obtención de una maestría, capacitación, experiencia y otros requisitos. Un profesional BCBA realiza evaluaciones conductuales, diseña y supervisa intervenciones analíticas conductuales, además desarrolla e implementa evaluaciones e intervenciones para Miembros con diagnóstico de trastornos del espectro autista. Los profesionales BCBA pueden supervisar el trabajo de los Asistentes de Analistas de Conducta Certificados por la Junta y otros Paraprofesionales que implementan intervenciones analíticas de conducta.

Un **Año de Beneficios** es el período de 12 meses consecutivos durante el que los beneficios del plan de salud son comprados y administrados; se calculan los Deducibles, el Coaseguro y los Desembolsos Máximos y se aplica la mayoría de los límites de los beneficios. **Nota:** En algunos casos, su primer Año de Beneficios no será de 12 meses completos.

Una **Apelación Interna Estándar** es una solicitud verbal o escrita para que Tufts Health Plan revise una Determinación Adversa. Revisaremos y tomaremos una decisión sobre la solicitud de Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibimos la solicitud.

Una **Apelación Interna Expedita** es una solicitud oral o escrita para una revisión rápida de una Determinación Adversa cuando su vida, salud o capacidad de conseguir, mantener o recuperar su función al máximo estén en riesgo si seguimos nuestros plazos estándar cuando revisemos su solicitud. Revisaremos las Apelaciones Internas Expeditas y tomaremos una decisión sobre las solicitudes en un plazo de 72 horas.

**Apelación:** consulte Apelación Interna Estándar o Apelación Interna Expedita.

El **Área de Servicio** es el área geográfica dentro de la que Tufts Health Plan ha desarrollado una Red de Proveedores para los planes de Tufts Health Direct para proporcionar el acceso adecuado a los Servicios Cubiertos, que está aprobada por Health Connector o la División de Seguros para inscribir Miembros. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN de los condados de Dukes y Nantucket. **Nota:** En el caso de los planes de ConnectorCare, los Miembros solo pueden inscribirse en códigos postales específicos dentro del condado de Franklin (01002, 01039, 01054, 01070, 01093, 01096, 01247, 01350, 01355, 01364, 01366, 01367, 01378). En todos los demás planes, los Miembros son elegibles para inscribirse en todo el condado de Franklin.

Un **Asistente Médico** es un Proveedor de atención de la salud con licencia para ejercer la medicina bajo supervisión de un médico.

**Atención de Custodia** incluye:

- cuidados proporcionados principalmente para ayudar en las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y mantener la higiene y seguridad personal;
- cuidados, que no sean de salud conductual, proporcionados principalmente para mantener la seguridad del Miembro o de cualquier otra persona, cuando ningún otro aspecto del tratamiento requiera un nivel de atención hospitalaria aguda;
- servicios que podrían ser prestados por personas sin conocimientos o formación profesional;

- mantenimiento rutinario de colostomías, ileostomías y catéteres urinarios; o
- guardería de adultos y pediátrica.

**Nota:** La Atención de Custodia no está cubierta por Tufts Health Plan.

La **Atención de Urgencia** es una atención provista cuando su salud no está en riesgo grave, pero necesita atención médica inmediata para una lesión o enfermedad imprevista. Ejemplos de lesiones o enfermedades para las que puede ser necesaria la Atención de Urgencia son una fractura o dislocación de los dedos del pie, un corte que necesita puntos pero que ya no sangra, ansiedad extrema repentina o síntomas de una infección del tracto urinario.

**Nota:** No se considera como Atención de Urgencia la atención proporcionada después de que se ha tratado y estabilizado una condición urgente y es seguro trasladar al Miembro.

**Atención Médica para Pacientes Externos** se refiere a los servicios prestados en el consultorio de un Proveedor, una unidad de atención ambulatoria o Cirugía Diurna, una sala de Emergencias o clínica Ambulatoria u otro establecimiento. Los Servicios para Pacientes Externos incluyen los servicios que no sean Servicios a Pacientes Hospitalizados.

La **Atención Preventiva** incluye una variedad de servicios para Niños y adultos, como exámenes médicos anuales, exámenes de presión arterial, vacunaciones, evaluaciones conductuales para Niños y muchos otros servicios para ayudar a los Miembros a no enfermarse. Los servicios de Atención Preventiva deben estar cubiertos sin Costos Compartidos según la Ley de Asistencia Asequible.

La **Atención Primaria** es el acuerdo de servicios médicos coordinados, integrales que recibe durante una primera consulta con un Proveedor y en cualquier momento después de esa visita. La Atención Primaria comprende los antecedentes médicos de ingreso, el diagnóstico y tratamiento médicos, evaluaciones de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), comunicación de información sobre prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud y Autorizaciones Previas.

**Autorización:** consulte Autorización Previa.

La **Autorización Previa** es un proceso que determina si necesita un Servicio de Atención de la Salud específico, dónde puede obtenerlo o recibirlo o si puede ser proporcionado por un Proveedor Fuera de la Red. Tufts Health Plan debe aprobar la cobertura para determinados tipos de servicios y Proveedores antes de que se le pueda efectuar el pago a usted o al Proveedor por el servicio o consulta. Tomamos en cuenta el beneficio, cualquier Límite de los Beneficios, el estado del Proveedor en la Red, sus condiciones de salud únicas, la Necesidad Médica y otros factores cuando tomamos nuestra decisión. Tomamos decisiones sobre la cobertura utilizando estas Pautas, junto con el documento de beneficios del Miembro, y en coordinación con el médico o los médicos del Miembro, según cada caso y teniendo en cuenta las necesidades de atención de la salud de cada Miembro.

Los **Beneficios de Salud Esenciales** son los Servicios de Atención de la Salud mínimos que debe cubrir el plan, de acuerdo con la Ley de Asistencia Asequible. Los Beneficios de Salud Esenciales incluyen los siguientes: servicios de Emergencia; hospitalización; atención materna y neonatal; servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), que incluyen el tratamiento de la Salud Conductual; medicamentos recetados; Servicios y dispositivos de Habilidadación y rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios Preventivos y de bienestar; control de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, que incluyen cuidado bucal y de la vista.

**Cargo Razonable** es el menor de los montos cobrados o el monto que determinamos como razonable, basándonos en los medios e importes de pago de Reclamaciones aceptados a nivel nacional. Los medios y los montos aceptados nacionalmente de pago de Reclamaciones incluyen, entre otros, los siguientes: lista de tarifas y montos permitidos de Medicare, políticas de codificación médica de los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés), pautas de codificación de CPT de AMA, pautas clínicas y de codificación de la academia y la sociedad con reconocimiento nacional.

Un **Centro de Atención de Urgencia Independiente** es un establecimiento médico que provee tratamiento para servicios de Atención de Urgencia (consulte la definición de Atención de Urgencia). Principalmente, un Centro de Atención de Urgencia Independiente trata a pacientes que tienen una lesión o una enfermedad que requiere atención inmediata, pero que no es lo suficientemente grave para justificar una visita a una sala de Emergencias. Un Centro de Atención de Urgencia Independiente ofrece una alternativa a ciertas visitas a la sala de Emergencias para un Miembro que no puede ir al Proveedor Primario de Cuidados Médicos o al Proveedor de Atención de la Salud en el período de tiempo que se cree que requiere su condición o sus síntomas. Un Centro de Atención de Urgencia Independiente no proporciona atención de Emergencia y no es adecuado para personas con condiciones de riesgo vital. Los Miembros que experimentan estas condiciones deberían ir a una sala de Emergencias. Los Centros de Atención de Urgencia Independiente no forman parte de un Hospital ni de un sistema Hospitalario ni son una MinuteClinic® (una Clínica de Servicio Médico Limitado). Para encontrar un Centro de Atención de Urgencia Independiente en nuestra Red, haga clic en "Find a Doctor" (Encontrar un médico) en el sitio web de Tufts Health Plan.

Un **Centro de Enfermería Especializada** es un establecimiento con licencia para Pacientes Hospitalizados que proporciona Enfermería Especializada a Miembros que no necesitan o ya no necesitan los servicios de un Hospital para el tratamiento de enfermedades agudas.

**Cirugía Diurna** es cualquier procedimiento quirúrgico provisto a un Miembro en un establecimiento con licencia del estado para realizar cirugías. Es de esperar que el Miembro salga del hospital el mismo Día o, en ciertos casos, en un plazo de veinticuatro horas. También se denomina Cirugía Ambulatoria o Atención Quirúrgica Diurna. La Cirugía Diurna es Ambulatoria y se otorga el alta en un plazo de 24 horas en un Hospital, en un Centro de Atención Independiente o en una unidad de atención ambulatoria, mientras que una Cirugía para Pacientes Externos se lleva a cabo en el consultorio de un Proveedor.

Una **Clínica de Servicio Médico Limitado** es una clínica médica sin necesidad de cita con licencia para proveer servicios limitados, generalmente basados en una tienda minorista. La atención la provee una Enfermera Practicante o un Asistente Médico. Por ejemplo, MinuteClinic® (una Clínica de Servicio Médico Limitado) ofrece una alternativa a determinadas visitas a la sala de Emergencias para un Miembro que necesite atención menos urgente o que no pueda visitar a su Proveedor Primario de Cuidados Médicos en el período de tiempo que se cree que requiere la condición o los síntomas del Miembro. Algunos ejemplos de enfermedades comunes que puede tratar una Clínica de Servicio Médico Limitado pueden incluir faringitis estreptocócica o infecciones de ojos, oídos, senos paranasales o bronquiales. Los servicios provistos por una Clínica de Servicio Médico Limitado solo están disponibles para pacientes de 24 meses de edad en adelante. Una Clínica de Servicio Médico Limitado no proporciona atención de Emergencia, curación de heridas o tratamiento de lesiones. No es adecuada para personas que necesiten radiografías o suturas, ni para quienes tengan condiciones de riesgo vital.

Los Miembros que experimentan estas condiciones deberían ir a una sala de Emergencias.

El **Coaseguro** es un monto, expresado como porcentaje, que debe pagar por determinados Servicios Cubiertos.

**Compensación del Trabajador** es la cobertura del seguro que los empleadores mantienen de conformidad con la ley federal y estatal para cubrir las lesiones y las enfermedades de los empleados bajo ciertas condiciones.

Una **Consulta** es cualquier pregunta o solicitud que tenga para nosotros.

La **Continuidad de la Atención** es cómo garantizamos que siga recibiendo la atención que necesita cuando su médico ya no esté en nuestra Red, o cuando se convierte en Miembro por primera vez y está recibiendo atención de otro médico que no está en nuestra Red.

Un **Contrato Grupal** es el acuerdo entre Tufts Health Plan y el Grupo bajo el cual acordamos proporcionar cobertura Grupal y en el que el Grupo acuerda pagarnos una Prima en su nombre. El Contrato Grupal incluye este *Manual del Miembro*, también llamado Evidencia de Cobertura.

**Cónyuge** se refiere al Cónyuge legal del Suscriptor, de acuerdo con las leyes del estado en que usted reside, e incluye al Cónyuge divorciado según lo exija la ley de Massachusetts. Cónyuge también incluye al equivalente conyugal del Suscriptor que se registra como pareja de hecho, pareja en unión civil u otra pareja similar del Suscriptor reconocida legalmente que reside en una jurisdicción estatal o municipal que provee dicho reconocimiento legal o derechos de equivalencia conyugal.

La **Coordinación de Beneficios** es cómo recibimos dinero de otras procedencias para pagar por sus necesidades de atención de la salud cuando tiene cobertura de más de una compañía de seguros.

Un **Copago** es un monto fijo que tal vez deba pagar por un servicio cubierto de farmacia o médico.

Un **Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas** es una forma en que el gobierno de los Estados Unidos puede ayudarlo a pagar las Primas si el ingreso de su grupo familiar es inferior o igual al 400 % del Nivel Federal de Pobreza. Para calificar para un Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas, debe solicitar y adquirir el seguro a través de Health Connector.

Una **Cuenta de Ahorro para la Salud** (HSA por sus siglas en inglés) es un tipo de cuenta de ahorro que le permite apartar dinero antes de impuestos para pagar los gastos médicos calificados. Si utiliza dinero libre de impuestos de una Cuenta de Ahorro para la Salud (HSA) para pagar los deducibles, los copagos, el coaseguro y algunos otros gastos, puede reducir los costos generales para su cuidado de la salud. Por lo general, los fondos de la HSA no se utilizan para pagar las primas. Aunque puede utilizar los fondos de una HSA en cualquier momento para pagar gastos médicos calificados, solo puede contribuir a una HSA si tiene un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP, por sus siglas en inglés).

El **Deducible** es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que comencemos a pagar por esos Servicios Cubiertos.

**Dentro de la Red** describe a un Proveedor que tiene contrato con Tufts Health Direct para proveer Servicios Cubiertos a los Miembros.

El **Departamento de Salud y Servicios Humanos** es el departamento del gobierno de los Estados Unidos encargado de todos los programas federales relacionados con salud y bienestar.

**Dependiente Discapacitado:** El Hijo del Suscriptor que:

- se encuentra actualmente discapacitado física o mentalmente y;
- sigue dependiendo económicamente del suscriptor debido a su discapacidad.

**Desembolso Máximo (MOOP por sus siglas en inglés)** es el monto máximo de Costos Compartidos que debe pagar en un Año de Beneficios por los Servicios Cubiertos. Todos los planes de Tufts Health Direct tienen un Desembolso Máximo.

Una **Determinación Adversa Definitiva** es una Determinación Adversa tomada después de agotarse todos los recursos disponibles a través del proceso de Apelación formal de Tufts Health Plan.

Una **Determinación Adversa** es una decisión, basada en una revisión de la información que nos provee a nosotros o a nuestra organización de Revisión de la Utilización, de rechazar, reducir, modificar o cancelar una admisión, estancia Hospitalaria continua, servicio experimental o de investigación o cualquier otro servicio, por no cumplir los requisitos de cobertura, basados en Necesidad Médica, adecuación de entorno de atención de la salud y nivel de atención o efectividad.

**Día** significa un día calendario, a menos que se especifique que es un "día hábil".

Una **Directiva Anticipada** es un documento legal, a veces conocido como testamento en vida, con instrucciones escritas que usted ha creado para gestionar su atención si ya no es capaz de tomar decisiones sobre su atención de la salud. Un testamento en vida le da instrucciones a los supervivientes en caso de muerte. Un poder para la atención de la salud o poder legal duradero para la atención de la salud le permite elegir a una persona específicamente para que tome decisiones por usted si se enferma o queda incapacitado.

El **Directorio de Proveedores** en línea indica los establecimientos y los profesionales de atención de la salud que tienen contrato con Tufts Health Direct, como todos los PCP, Especialistas ordenados por especialidad, Hospitales, salas de Emergencias y Proveedores de Programa de Servicios de Emergencia, farmacias, Servicios Auxiliares y servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias). Puede llamarnos al **888.257.1985** para obtener un *Directorio de Proveedores* impreso, gratis. El *Directorio de Proveedores* también está disponible en [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) y [tuftshealthplan.com/memberlogin](http://tuftshealthplan.com/memberlogin) por medio de nuestra herramienta "Find a Doctor or Hospital".

Una **Emergencia** es una condición médica o de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) con síntomas tan graves, incluido el dolor intenso, que una persona con un conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar de manera realista que no recibir atención médica de inmediato podría causar que la salud del Miembro (o en el caso de una embarazada, su salud y la de su Hijo nonato) esté en grave peligro; este peligro podría incluir daño grave a las funciones corporales o un problema grave con cualquier órgano o parte del organismo. En el caso de una embarazada que tenga contracciones, sería una Emergencia si no hubiera suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro Hospital antes del parto, o si esa transferencia pudiera ser perjudicial para su salud o la de su Hijo nonato.

Algunos ejemplos de enfermedades o condiciones médicas que necesitan atención de Emergencia son dolor intenso, una pierna fracturada, pérdida de conciencia, vomitar sangre, dolor en el pecho, dificultad para respirar, impulso incontrolable de hacerse daño a sí mismo o a otras personas o cualquier condición médica que empeore rápidamente.

Una **Enfermera Anestésista Certificada** está certificada en Enfermería por la Junta de Inscripción para proveer servicios de anestesia dentro del ámbito de la ley de Massachusetts.

Una **Enfermera Practicante** es una enfermera registrada que tiene autorización en prácticas de enfermería avanzada como Enfermera Practicante según la ley de Massachusetts.

El **Equipo de Servicios para Miembros** es el equipo en Tufts Health Plan que se encarga de todas sus preguntas sobre políticas, procedimientos, solicitudes e inquietudes. Puede comunicarse con nuestro Equipo de Servicios para Miembros al **888.257.1985**. Quienes tengan sordera parcial o total pueden llamar a nuestro Equipo de Servicios para Miembros a nuestra línea TTY: 711. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

El **Equipo Médico Duradero (DME)** incluye dispositivos o instrumentos de naturaleza duradera que pueden soportar el uso reiterado, que son razonables y necesarios para mantener un umbral mínimo de vida diaria independiente, que están principalmente destinados a atender un fin médico, que no son útiles para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión y que son adecuados para su uso en el domicilio.

Un **Especialista** es un médico que está capacitado para prestar servicios médicos especializados. Entre los ejemplos se incluyen cardiólogos, obstetras y dermatólogos o, en caso de servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), un psicólogo, un psiquiatra o un trabajador social.

**Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés)**, también conocida como *Manual del Miembro* o Manual, se refiere a este documento y cualquier modificación futura. Esto incluye el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para cada Nivel del Plan al final de este Manual, su Formulario y cualquier enmienda que podamos enviarle.

**Experimental o de investigación:** Un servicio, suministro, tratamiento, procedimiento, dispositivo o medicamento (en conjunto, "tratamiento") es considerado Experimental o de Investigación y, por lo tanto, no es Medicamento Necesario si se aplica alguno de los siguientes casos:

- el medicamento o el dispositivo no puede ser comercializado legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos y no se ha otorgado la aprobación para la comercialización en el momento en que se proporcionan o se van a proporcionar;

- el tratamiento o el formulario de "consentimiento informado" usado para el tratamiento fue revisado y aprobado por la junta de revisión institucional del establecimiento tratante u otro organismo que desempeña una función similar, o la ley federal exige esa revisión o aprobación;
- la evidencia científica confiable muestra que el tratamiento: es sujeto de ensayos clínicos de Fase I o Fase II en curso; es la rama investigativa, experimental o de estudio de ensayos clínicos de Fase III en curso; o está, de otro modo, en estudio para determinar su seguridad, eficacia, toxicidad, dosis máxima tolerada o su eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico;
- la evaluación por parte de una organización de evaluación tecnológica de salud independiente ha determinado que el tratamiento no demostró ser seguro;
- incluso si la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos aprueba su comercialización legal, la evidencia científica confiable no respalda que el tratamiento sea eficaz para mejorar la salud o que no se ha determinado la selección adecuada del paciente;
- la bibliografía publicada y revisada por pares relacionada con el tratamiento es principalmente no aleatoria, históricamente controlada, controlada por caso o estudios de cohorte; o hay muy pocos ensayos aleatorios bien diseñados o controlados; o
- no hay evidencia clínica o científica de que el tratamiento es, al menos, tan beneficioso como cualquier alternativa establecida basada en evidencias.

Esta definición se explica en su totalidad en las Pautas de Necesidad Médica correspondientes.

**Familiar Dependiente:** El Cónyuge, el Hijo o el Familiar Dependiente Discapacitado del Suscriptor.

**Fecha de Entrada en Vigor de la Cobertura** es la fecha en que usted se convierte en Miembro de Tufts Health Direct y es elegible para recibir Servicios Cubiertos de los Proveedores de Tufts Health Direct.

**Fisioterapia** se refiere al tratamiento de una enfermedad, lesión o discapacidad mediante métodos físicos y mecánicos, como masaje, ejercicios regulados o hidroterapia, fototerapia, terapia infrarroja o electroterapia.

Su **Formulario de Salud** es una serie de preguntas que les hacemos a los Miembros para que podamos obtener su información de salud más actualizada.

Un **Formulario** es una lista de medicamentos que se consideran una terapia preferida para los Miembros dentro del beneficio de farmacias de un plan de salud administrada. Consulte la lista en <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy>.

**Fraude** se refiere a una situación en que una persona, a sabiendas, hace o permite que otra persona haga una declaración falsa con el fin de obtener servicios o artículos, o recibir un pago que no tiene derecho a recibir.

Ejemplos de Fraude incluyen que los Miembros proporcionen información falsa o engañosa en un formulario de solicitud de membresía, presenten una solicitud falsa de reembolso, no notifiquen a Tufts Health Direct sobre cambios (por ejemplo, cambio de residencia) que afecten la elegibilidad del Miembro o presten a terceros su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct para obtener Atención de Salud o Servicios de farmacia.

**Gestión de Calidad** es el proceso que usamos para monitorear y mejorar la calidad de la atención que nuestros Miembros reciben.

La **Gestión de la Atención** es la manera en que regularmente evaluamos, coordinamos y lo ayudamos con sus necesidades médicas de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) o de Gestión de Salud Comunitaria. A través de la Gestión de la Atención, hacemos lo mejor posible para asegurarnos de que usted: Tenga acceso a atención de alta calidad, asequible y adecuada;

obtenga información sobre prevención de enfermedades y bienestar; y cuente con ayuda para estar y mantenerse saludable.

**Health Connector** es un organismo estatal independiente que ayuda a los Residentes de Massachusetts elegibles a encontrar cobertura asequible para la atención de la salud. Health Connector es el intercambio de seguros de salud designado para Massachusetts. Health Connector revisa los planes de salud ofrecidos por compañías de seguro privadas y aprueba los planes que cumplen los estándares de servicio y costo. Health Connector también ayuda a los Residentes y a los empleados a escoger un plan que satisfaga sus necesidades.

Un **Hijo Adoptivo** es un Niño que se considera adoptado a partir de la fecha en que el Suscriptor lo adopta legalmente o en que es colocado para adopción con el Suscriptor, en donde "colocado para adopción" significa que el Suscriptor asumió la obligación legal de mantener parcial o totalmente a un Niño, previo a su adopción. Si la obligación legal terminara, se considerará que el Niño deja de estar colocado para adopción. Según lo exija la ley del estado, un Hijo de acogida se considerará Hijo Adoptivo a partir de la fecha en que se presente la solicitud de adopción. Consulte también Familiar Dependiente.

Un **Hijo** es una de las siguientes personas, hasta el último Día del mes en que cumple 26 años:

- El Hijo biológico, el Hijastro o el Hijo Adoptivo del Suscriptor o de su Cónyuge.
- El Hijo Dependiente de un Hijo inscrito.
- Un Dependiente discapacitado del suscriptor o del cónyuge que actualmente está discapacitado y sigue dependiendo económicamente del suscriptor..
- Un Hijo de quien el Suscriptor o su Cónyuge es el tutor legal designado por un tribunal.
- Un Hijo es un Hijo Adoptivo a partir de la fecha en que el Suscriptor lo adopta legalmente o en que es colocado para adopción con el Suscriptor, en donde "colocado para adopción" significa que el Suscriptor asumió la obligación legal de mantener parcial o totalmente a un Niño, previo a su adopción.
- Si termina la obligación legal, el Hijo ya no se considera como colocado para adopción (según la exigencia de la ley estatal, un Hijo de acogida se considera como Hijo Adoptivo desde la fecha en que se presenta una solicitud de adopción).

Un **Hospital de Rehabilitación** es un establecimiento con licencia para proveer servicios terapéuticos para que los pacientes recuperen la función después de una lesión o una enfermedad. Estos establecimientos proporcionan Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y servicios de atención de Enfermería Especializada.

Un **Hospital** es cualquier establecimiento con licencia que provee atención médica y quirúrgica para pacientes que tienen enfermedades o lesiones agudas y que la American Hospital Association (AHA) indica como un Hospital o que la Comisión Conjunta acredita.

**HSA Insurance** es un Administrador de Inscripción de que ofrece los productos de Tufts Health Direct en un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio de primas del seguro de salud del estado.

**Información Médica Protegida (PHI)** es toda la información (oral, escrita o electrónica) acerca de su salud o condición física o mental pasada, presente o futura, sobre su atención de la salud o sobre el pago por su atención de la salud. La PHI incluye cualquier información médica que lo identifique de forma individual, lo que incluye cualquier información médica que una persona puede usar para identificarlo.

La **Ley de Asistencia Asequible (ACA)** es la legislación de reforma de salud federal promulgada en marzo de 2010. El objetivo de la ACA es extender la cobertura de seguro de salud a millones de estadounidenses sin seguro, para ayudar a reducir los costos de atención de la salud y garantizar que las personas puedan obtener cobertura de seguros incluso si tienen condiciones preexistentes.

El **Manual** es lo mismo que el *Manual del Miembro* y la Evidencia de Cobertura (EOC).

Su **Manual del Miembro** es este documento. Detalla los Servicios Cubiertos que recibe con Tufts Health Direct. Es nuestro contrato con usted e incluye cualquier cláusula, enmienda u otros documentos que se agreguen a los detalles de los Servicios Cubiertos. También se le llama Evidencia de Cobertura o Manual.

**Medicamento Necesario y Necesidad Médica** describen servicios que, dentro de lo razonable, tienen la intención de prevenir, diagnosticar, detener el empeoramiento, mejorar, corregir o curar condiciones que ponen en peligro su vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o deficiencia, pueden causar o empeorar una discapacidad o que pueden ocasionar que se enferme mucho. Los servicios Medicamento Necesarios son coherentes con los principios generalmente aceptados de la práctica médica profesional, según lo determinado por si el servicio 1) es el suministro o nivel de servicio disponibles más adecuados para el Miembro en cuestión, considerando los posibles beneficios y daños a la persona; 2) es eficaz, según la evidencia científica, los estándares profesionales y las opiniones expertas para mejorar los resultados de salud; o 3) no es de uso generalizado, según la evidencia científica.

Nuestras Pautas de Necesidad Médica están disponibles en nuestro sitio web en <https://tuftshealthplan.com/provider/resource-center>.

- Haga clic en "Please select a Division" (Seleccione una división) y luego en "Tufts Health Public Plans".
- Haga clic en la categoría que busca, como "Behavioral Health" (Salud Conductual) o "Guidelines" (Pautas).
- Los documentos con recursos en estas categorías están ordenados alfabéticamente.

Si prefiere, llame a Servicios para Miembros al **888.257.1985** (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Un **Miembro** es una persona inscrita en un Plan individual o Grupal de Tufts Health Plan Direct. También nos referimos al Miembro como "usted".

El **Monto de Costos Compartidos** es el costo que paga por determinados Servicios Cubiertos. Este monto puede constar de Deducibles, Copagos o Coaseguro. También se llama Costos Compartidos.

**Nivel del Plan** se refiere al tipo de Costos Compartidos que tiene su Tufts Health Direct Plan específico. Hay cuatro Niveles del Plan (algunos de los niveles tienen subniveles):

- Planes Platinum: Las Primas mensuales más altas, pero desembolsos bajos.
- Planes Gold: Primas mensuales altas, pero desembolsos bajos.
- Planes Silver: Primas mensuales moderadas y desembolsos moderados.
- Planes Bronze: Primas mensuales más bajas, pero desembolsos más altos.

Su Tarjeta de Identificación de Miembro mostrará el Nivel del Plan de su Tufts Health Direct específico.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos establece el **Nivel Federal de Pobreza** todos los años. El Nivel Federal de Pobreza es la cantidad mínima de ingreso total que una persona o una familia necesitan para alimentación, ropa, transporte, techo y otras necesidades.

Nuestra **Notificación de las Políticas de Privacidad** le informa de cómo usamos y divulgamos su Información Médica Protegida (PHI). Le enviamos nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad al

momento de la inscripción.

Nuestra Línea de Enfermera, 24/7 **NurseLine** es nuestra línea de ayuda para preguntas de salud, 24 horas al día, siete días a la semana. Cuando llama a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888.697.6546), puede hablar con un profesional de atención de la salud dedicado y comprensivo en cualquier momento y sin costo para usted. Los miembros del personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine pueden proporcionarle información y apoyo sobre temas de atención de la salud como síntomas, diagnóstico y resultados de exámenes, así como tratamientos, exámenes y procedimientos que el Proveedor ha indicado. Los miembros del personal de la Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no dan consejos médicos ni reemplazan al Proveedor.

**Observación** es el uso de los servicios del Hospital para tratar o evaluar una condición que podría dar como resultado el alta en un plazo de 48 horas o un diagnóstico verificado y el plan de tratamiento concurrente. En ocasiones, una estancia de Observación podría ir seguida de una admisión como Paciente Hospitalizado para tratar un diagnóstico revelado durante el período de Observación.

Un **Organismo de Revisión Externa** es una empresa acreditada que tiene contrato con la Office of Patient Protection y es independiente de Tufts Health Plan, que supervisa las decisiones tomadas por Tufts Health Plan sobre la cobertura de los Miembros. Los Proveedores que trabajan en el Organismo de Revisión Externa designado revisan todos los registros médicos de conformidad con estándares médicos objetivos y basados en evidencias para tomar una decisión final sobre la Determinación Adversa Definitiva de un Miembro.

Un **Paraprofesional**, en relación con el tratamiento del autismo y los trastornos del espectro autista, es una persona que presta servicios de análisis conductual aplicado (ABA) bajo la supervisión de un Analista Conductual Certificado por la Junta (BCBA).

Una **Pequeña Empresa elegible** o **Grupo elegible** es un empleador u otra entidad legal con la cual Tufts Health Plan tiene un acuerdo para proveer cobertura Grupal. Un Grupo de empleador sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, con sus enmiendas, es el patrocinador del plan ERISA. Si está cubierto bajo un Contrato Grupal, el Grupo es su agente y no es el agente de Tufts Health Plan.

Un **Período de Espera** es un período específico inmediatamente posterior a la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura de un Miembro elegible según el plan de salud, durante el cual el plan no paga por parte o por la totalidad de los gastos médicos. No hay Período de Espera para la cobertura de Tufts Health Direct.

Un **Plan ConnectorCare** es un Plan no Grupal subsidiado, disponible solo para Miembros con un ingreso familiar de entre 0 % y 300 % del Nivel Federal de Pobreza. Los Miembros deben solicitar y contratar un Plan ConnectorCare a través de Health Connector.

Un **Plan de Beneficios de Salud** es un contrato individual o Grupal de mantenimiento de la salud emitido por una organización de mantenimiento de la salud.

Un **Plan de Salud con un Deducible Alto (HDHP por sus siglas en inglés)** está sujeto a las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que exigen que se cumpla con un Deducible mínimo antes de que el plan de salud proporcione cobertura para Atención no Preventiva. Para obtener información adicional sobre las normas que rigen los planes HDHP, consulte <https://www.irs.gov/publications/p969>.

Un **Plan Grupal** es el plan de un empleador u otra entidad legal con el que Tufts Health Plan tiene un acuerdo para proveer cobertura Grupal. Un Grupo de empleador sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA por sus siglas en inglés) de 1974, con sus enmiendas, es el patrocinador del plan ERISA. Si está cubierto bajo un Plan Grupal, el Grupo es su agente y no es agente de Tufts Health Plan.

Un **Podólogo** es un Especialista que provee servicios de cuidado médico y quirúrgico del pie, dentro del alcance de la práctica de un Podólogo con licencia según la ley de Massachusetts.

La **Prima** es el aporte financiero mensual que los Miembros de Tufts Health Direct pagan por la cobertura.

Un **Profesional con licencia en salud mental** es un médico licenciado que se especializa en la práctica de la psiquiatría, un psicólogo con licencia, un trabajador social clínico independiente con licencia, un trabajador social certificado con licencia, un consejero de salud mental con licencia, un consejero de salud mental supervisado con licencia, una enfermera psiquiátrica licenciada que está certificada como especialista clínica en salud mental, una enfermera psiquiátrica licenciada que está certificada en psiquiatría y salud mental, un asistente médico licenciado que ejerce en el área de psiquiatría, un consejero en consumo de alcohol y drogas I licenciado según se define en la Sección 1 del Capítulo IIIJ de la Ley General de Massachusetts, o un terapeuta familiar y de pareja licenciado dentro del ámbito legal de la práctica de dicho terapeuta.

**Proveedor de la Red** se refiere a un Proveedor u Hospital que tenga un acuerdo directamente con Tufts Health Plan o con un Proveedor de la Red con el que tengamos un contrato para proporcionar Servicios Cubiertos a los Miembros. Los Proveedores de la Red están ubicados por toda el Área de Servicio. Consulte también Proveedor Dentro de la Red.

Un **Proveedor Fuera de la Red** es un Proveedor, incluidos los Hospitales, con el que no tenemos contrato para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

Un **Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP)** es el Proveedor individual o equipo que usted selecciona, o al que le asignamos, del Directorio de Proveedores para proveer atención médica general para problemas comunes de atención de la salud. Este Proveedor tiene un contrato con Tufts Health Plan para proveer Atención Primaria y para coordinar, hacer arreglos y autorizar la prestación de Servicios Cubiertos. Un PCP receta o, de otro modo, provee o propone Servicios de Atención de la Salud. Toda la atención médica comienza con el PCP, que refiere a los Especialistas Médicamente Necesarios según proceda. Los PCP, que son médicos, deben tener una de las siguientes especialidades: práctica familiar, medicina interna, práctica general, medicina pediátrica y para adolescentes u obstetricia/ginecología. Los PCP deben estar certificados por la junta o ser elegibles para la certificación de la junta en su especialidad. Además, usted puede escoger una Enfermera Practicante con licencia o un Asistente Médico con licencia como su PCP si la Enfermera Practicante o el Asistente Médico son Proveedores de nuestra Red. Los PCP para personas con discapacidades, incluyendo personas con VIH/SIDA, pueden incluir médicos con otras especialidades.

**Proveedor que no Pertenece a la Red** se refiere a un Proveedor u Hospital que no tenga un acuerdo ni con Tufts Health Plan directamente ni con una Red de Proveedores con la que tengamos un contrato. Consulte también Proveedor Fuera de la Red.

Un **Proveedor Sustituto** es el Proveedor nombrado por su PCP para proveer o autorizar servicios en ausencia de su PCP, por ejemplo, fuera del horario de atención. Un Proveedor Sustituto es un Proveedor que puede ayudarlo cuando su PCP no está disponible.

Un **Proveedor** es una persona, establecimiento, agencia, institución, organización u otra entidad con las licencias y acreditaciones correspondientes que tiene un contrato con Tufts Health Plan, o con su subcontratista, para prestar Servicios Cubiertos según este contrato.

Una **Queja** es cualquier expresión de insatisfacción de parte suya o de su Representante Personal, si tiene uno, sobre cualquier acción o inacción por parte de Tufts Health Plan distinta a una Determinación Adversa.

Entre los motivos para presentar una Queja se incluyen la calidad de la atención o los servicios prestados, conducta grosera por parte de un Proveedor o un empleado de Tufts Health Plan, no respetar sus derechos, un desacuerdo que puede tener con nuestra decisión de no aprobar una solicitud para apresurar una Apelación Interna Estándar, un desacuerdo con nuestra solicitud de extender el plazo para resolver una decisión de Autorización o una Apelación y la finalización retroactiva de la cobertura debido a Fraude.

Una **Reclamación** es una factura que su Proveedor nos envía para solicitarnos que paguemos por los servicios que usted recibe.

Una **Reconsideración de una Apelación Interna Estándar** es una solicitud hecha por usted o su

Representante Personal, si tiene uno, para que revisemos por segunda vez nuestra decisión de la Apelación Interna Estándar. Revisaremos y tomaremos una decisión sobre la Reconsideración de una solicitud de Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibimos la solicitud.

**Red** se refiere al grupo colectivo de Proveedores de atención de la salud que tienen contrato con Tufts Health Public Plans, Inc. para prestar Servicios Cubiertos.

Un **Representante Personal** es alguien que tiene su aprobación por escrito para actuar en su nombre en relación con una Queja, Apelación o Revisión Externa específica por parte de la Office of Patient Protection (OPP) de Massachusetts. Si no puede escoger un Representante Personal, su Proveedor, un tutor, un conservador o el titular de un poder legal pueden ser su Representante Personal. Puede darle a su Representante Personal una autorización permanente para que actúe en su nombre si presenta esta solicitud por escrito. Esta autorización permanente permanecerá en vigor hasta que usted la revoque. Si usted es menor de edad y puede, por ley, dar su consentimiento para un procedimiento médico, puede apelar nuestra denegación al procedimiento médico sin el consentimiento de sus padres o tutor. En ese caso, además puede escoger un Representante Personal sin el consentimiento de sus padres o tutor.

Un **Residente** es una persona que vive en Massachusetts. El confinamiento en un hogar para adultos mayores, un Hospital u otra institución no es razón suficiente para calificar a una persona como Residente.

El **Resumen de Beneficios y Costos Compartidos** es la sección incluida al final de este *Manual del Miembro* que provee una descripción general de sus Servicios Cubiertos del Nivel del Plan de Tufts Health Direct. Detalla beneficios, montos de Copagos y Coaseguros, si los hubiera, y cualquier límite para los beneficios que su póliza cubre.

**Revisión de la Utilización** es nuestro proceso de revisión de información de médicos y otros profesionales clínicos para ayudarnos a decidir cuáles son los servicios que usted necesita para mejorar o mantenerse saludable. Nuestros métodos formales de revisión nos permiten monitorear el uso (o evaluar la necesidad clínica, adecuación o eficiencia) de los Servicios Cubiertos, los procedimientos o los entornos. Los métodos de revisión pueden incluir, entre otros, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión concurrente, Gestión de la Atención, planificación del alta o revisión retrospectiva.

Una **Revisión Externa Expedita** es una solicitud para una resolución rápida de una Revisión Externa relacionada con servicios inmediatos y de urgencia. Puede solicitar una Revisión Externa Expedita al mismo tiempo que solicita una Apelación Interna Expedita a Tufts Health Plan.

Una **Revisión Externa** es una solicitud para que un Organismo de Revisión Externa revise la decisión final de Tufts Health Plan sobre la Apelación Interna Estándar.

Los **Servicios Auxiliares** son exámenes, procedimientos, estudios de imagenología y servicios de apoyo (como análisis de laboratorio y servicios de radiología) que recibe en un entorno de atención de la salud y que ayudan a su Proveedor a diagnosticar o tratar su condición.

Los **Servicios Cubiertos** son los servicios y suministros que cubre Tufts Health Direct. El Resumen de Beneficios y Costos Compartidos que incluimos en este *Manual del Miembro* contiene todos sus Servicios Cubiertos y suministros.

Los **Servicios de Atención de la Salud** son servicios para el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la cura o el alivio de un trastorno físico, conductual, por consumo de sustancias o condición de salud mental, enfermedad, lesión o afección.

**Servicios de Habilitación** son los Servicios de Atención de la Salud prestados de conformidad con la Ley de Asistencia Asequible (ACA) para que una persona logre, mantenga o prevenga el deterioro de una habilidad o función vital aprendida o adquirida debido a una condición discapacitante. Estos servicios pueden incluir Fisioterapia, Terapia Ocupacional y servicios para patologías del Habla y el Lenguaje en distintos entornos para Pacientes Externos y Pacientes Hospitalizados.

Los **Servicios de Planificación Familiar** incluyen métodos anticonceptivos, exámenes, orientación, educación, pruebas de embarazo, atención de la salud de seguimiento y algunos análisis de laboratorio.

Los **servicios de Salud Conductual** (salud mental o consumo de sustancias) incluyen visitas, consultas, asesoramiento, exámenes y evaluaciones de salud mental o consumo de sustancias, como también servicios de desintoxicación y alternativos, para Pacientes Externos y Hospitalizados.

**Servicios para Pacientes Hospitalizados** son servicios que necesitan al menos la estancia de una noche en un entorno Hospitalario. Por lo general, esto se aplica a servicios que recibe en establecimientos con licencia, como Hospitales y Centros de Enfermería Especializada.

**Subrogación** es el procedimiento por el cual Tufts Health Plan puede recuperar el costo total o parcial de los beneficios pagados por parte de otra persona (un "Tercero") o entidad, como una compañía de seguros.

Un **Suscriptor** es la persona que se inscribe en Tufts Health Direct en nombre de sí misma y cualquier Familiar Dependiente y en cuyo nombre se paga la Prima de conformidad con un Contrato Grupal o un contrato individual (según corresponda). Para un contrato individual, el Suscriptor debe vivir en Massachusetts. Para un Contrato Grupal, el Suscriptor es un empleado de un Grupo.

**Tarifa del Establecimiento** se refiere a la tarifa que las clínicas u Hospitales podrían cobrar para cubrir los costos de mantenimiento de esos establecimientos. En el caso de determinados servicios para Pacientes Externos, es posible que le facturen, por separado, tanto una Tarifa del Establecimiento como los honorarios médicos por un mismo episodio de atención si los servicios se proporcionan en un entorno Hospitalario o en un establecimiento Independiente.

Una **Tarjeta de Identificación (ID Card)** del Miembro de Tufts Health Direct es la Tarjeta que lo identifica como Miembro de Tufts Health Direct. Su Tarjeta de Identificación de Miembro incluye su nombre y su número de Identificación de Miembro. Debe mostrarla a los Proveedores antes de recibir los servicios.

**Telehealth** es el uso de audio, video, medios electrónicos u otra tecnología de telecomunicaciones sincrónicas o asincrónicas, que incluye, entre otros: (i) tecnología interactiva de audio y video; (ii) dispositivos de monitoreo remoto de pacientes; (iii) teléfono de solo audio; y (iv) entrevistas adaptativas en línea, con el fin de evaluar, diagnosticar, consultar, emitir recetas, tratar o monitorear la condición de salud física, bucal, mental o trastorno por consumo de sustancias de un paciente.

**Terapia del Habla** se refiere a la evaluación y el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la audición y la fluidez.

La **Terapia Ocupacional** ayuda a las personas a obtener el conocimiento, las habilidades y la actitud que son necesarios para realizar las actividades de la vida diaria.

**Tufts Health Direct** se refiere a Tufts Health Public Plans, Inc., una corporación de Massachusetts. Tufts Health Direct tiene licencia de Massachusetts como una organización de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés). También nos referimos a Tufts Health Direct como "nosotros", "nos", "nuestro" y "Tufts Health Plan".

**Tufts Health Plan**, en este Manual, se refiere a Tufts Health Direct.

# **Anexo B: Lista de Beneficios - Resumen de Beneficios y Costos Compartidos**

# Direct ConnectorCare I



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$0
<b>Familiar</b>	\$0

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$0 (atención médica)   \$250 (farmacia)
<b>Familiar</b>	\$0 (atención médica)   \$500 (farmacia)

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Sin cargo	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Sin cargo	
<b>Pruebas de alergia</b>	Sin cargo	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Sin cargo	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Sin cargo	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Sin cargo	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Sin cargo	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo	
<b>Atención quiropráctica</b>	Sin cargo	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Sin cargo	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Sin cargo	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Sin cargo	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Sin cargo	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Sin cargo	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Sin cargo	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Sin cargo	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.
Exámenes de Laboratorio No Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Sin cargo	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Sin cargo	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Sin cargo	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$1.00	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$3.65	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$3.65	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$2.00	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$7.30	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$7.30	
<b>Podología</b>	Sin cargo	Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios. El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Sin cargo	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Sin cargo	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios. No hay límite para la Terapia del Habla. La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Sin cargo	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados dPacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
<b>Atención de Urgencia</b>	Sin cargo	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$0
<b>Familiar</b>	\$0

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$750 (atención médica)   \$500 (farmacia)
<b>Familiar</b>	\$1,500 (atención médica)   \$1,000 (farmacia)

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$50 por visita	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$18 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$18 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$5 por visita	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$10 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Sin cargo	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$10 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$18 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Sin cargo	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$18 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>		
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$10 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$18 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$10 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$30	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Sin cargo	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$50 por estancia	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$50 por estancia	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Sin cargo	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$18 por visita	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$18 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$50 por visita	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$10	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$20	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$40	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$20	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$40	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$80	
<b>Podología</b>	Copago de \$18 por visita	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$50 por estancia	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$10 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Sin cargo	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$18 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en un programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección “Servicios no cubiertos” en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct ConnectorCare III



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$0
-------------------	-----

<b>Familiar</b>	\$0
-----------------	-----

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$1,500 (atención médica)   \$750 (farmacia)
-------------------	--

<b>Familiar</b>	\$3,000 (atención médica)   \$1,500 (farmacia)
-----------------	--

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$100 por visita	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$22 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$22 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$7 por visita	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$20 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Sin cargo	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$20 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$22 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Sin cargo	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$22 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	Sin cargo	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>		
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$15 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$22 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$20 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$60	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Sin cargo	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/Imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$250 por estancia	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$250 por estancia	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Sin cargo	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$22 por visita	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$22 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$125 por visita	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$12.50	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$25	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$50	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$25	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$50	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$100	
<b>Podología</b>	Copago de \$22 por visita	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$250 por estancia	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$20 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Sin cargo	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$22 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Platinum



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$0
-------------------	-----

<b>Familiar</b>	\$0
-----------------	-----

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$3,000
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$6,000
-----------------	---------

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$150 por visita	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$40 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$40 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$20 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$40 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 %	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$40 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$40 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Medicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 %	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 %	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 %	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$20 por visita	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$40 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Coaseguro del 20 %	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$20 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$40 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$40 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 %	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$150	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Copago de \$20 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$500 por estancia	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$500 por estancia	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Sin cargo	salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$20 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$40 por visita	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$20 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$40 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$250 por visita	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$10	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$25	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$50	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$20	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$50	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$150	
<b>Podología</b>	Copago de \$40 por visita	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$500 por estancia	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$40 por visita	<p>Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.</p> <p>No hay límite para la Terapia del Habla.</p> <p>La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.</p>
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$500 por estancia	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$40 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en un programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Gold



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$0
-------------------	-----

<b>Familiar</b>	\$0
-----------------	-----

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$5,000
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$10,000
-----------------	----------

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$350 por visita	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$55 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$30 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$55 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 %	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Medicamento Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 %	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 %	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 %	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$55 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Coaseguro del 20 %	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$30 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$55 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$55 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 %	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$75	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$250	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Copago de \$30 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$750 por estancia	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$750 por estancia	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$25	
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$30 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$55 por visita	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$55 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$30	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$60	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$90	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$60	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$120	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$270	
<b>Podología</b>	Copago de \$55 por visita	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$750 por estancia	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$55 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$750 por estancia	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$55 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Gold 1600



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$1,600 (atención médica)   \$180 (farmacia)
<b>Familiar</b>	\$3,200 (atención médica)   \$360 (farmacia)

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$6,000
<b>Familiar</b>	\$12,000

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$400 por visita después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$55 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$35 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$55 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$55 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 % después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$35 por visita	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$55 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa. <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$35 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$55 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$55 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$75 después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$300 después del Deducible	apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Copago de \$35 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$50 después del Deducible	y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$35 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$55 por visita	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$35 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Especialista	Copago de \$55 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$25	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$50 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$125 después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$50	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$100 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$375 después del Deducible	
<b>Podología</b>	Copago de \$55 por visita	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$55 por visita	<p>Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.</p> <p>No hay límite para la Terapia del Habla.</p> <p>La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.</p>
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$55 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Silver 2000



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$2,000
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$4,000
-----------------	---------

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$9,100
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$18,200
-----------------	----------

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$350 por visita después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$60 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$30 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$60 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 % después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa. <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$30 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$60 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$75 después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$350 después del Deducible	apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Copago de \$30 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$50 después del Deducible	y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$30 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$60 por visita	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$30	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$60 después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$90 después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$60	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.  Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$120 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$270 después del Deducible	
<b>Podología</b>	Copago de \$60 por visita	Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.  El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$60 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Silver 2000 II



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$2,000
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$4,000
-----------------	---------

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$9,100
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$18,200
-----------------	----------

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$350 por visita después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$60 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$30 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$60 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$60 por visita	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 % después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.  Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>		
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$30 por visita	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$60 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Copago de \$5 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$75 después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$350 después del Deducible	apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/ Asesoramiento</b>	Copago de \$30 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/ cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$50 después del Deducible	salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$30 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$60 por visita	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$30	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$60 después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$90 después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$60	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa. Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$120 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$270 después del Deducible	
<b>Podología</b>	Copago de \$60 por visita	Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios. El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$60 por visita	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en un programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Silver 2000 HSA



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct Plan.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

**Nota:** Este Plan es un Plan de Salud con un Deducible Alto (HDHP) compatible con la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA por sus siglas en inglés), según lo define el Servicio de Impuestos Internos (IRS). Los Planes de Salud con un Deducible Alto están sujetos a las normas del IRS que exigen que se alcance un Deducible mínimo antes de que el Plan de salud proporcione cobertura para Atención no Preventiva. El monto mínimo en dólares del Deducible se ajusta cada año para cumplir con los requisitos del IRS. Para obtener información adicional sobre las normas que rigen los Planes HDHP, consulte <https://www.irs.gov/publications/p969>.

Su Tufts Health Direct Plan tiene un Deducible. Un Deducible es el monto que usted debe pagar por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. El Deducible se aplica a todos los Servicios Cubiertos, excepto como se indica en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos. El monto del Deducible que se aplica a usted y a los miembros de su familia inscritos (si corresponde) cada Año de Beneficios es:

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual (Plan para sí mismo)</b>	\$2,000
<b>Familiar (dos miembros o más)*</b>	\$4,000

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$7,050
<b>Familiar**</b>	\$14,100

---

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo.

\*En el Plan Familiar, no hay Deducible individual, lo que significa que todos los miembros de la familia trabajan colectivamente para alcanzar el Deducible del Plan familiar y es posible que una persona por sí sola cumpla con el Deducible familiar.

\*\*Se incorpora un Desembolso Máximo individual al Plan familiar, lo que significa que el Desembolso Máximo individual se sigue aplicando a cada miembro de la familia. Una vez que la familia alcance el Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia ha alcanzado el Desembolso Máximo y ninguno de los miembros de la familia tendrá Costos Compartidos adicionales por los Servicios Cubiertos.

---

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$300 por visita después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$60 por visita después del Deducible	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 % después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.  Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 % después del Deducible	
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$30 por visita después del Deducible	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="http://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	<p><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.</p>
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	<p>Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a>.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$75 después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$500 después del Deducible	
<b>Terapia individual/ Asesoramiento</b>	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>		
	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>		
	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>		
	Sin cargo después del Deducible	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$60 después del Deducible	El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>		
	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo después del Deducible	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$60 por visita después del Deducible	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$30 después del Deducible	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$60 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$105 después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$60 después del Deducible	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$120 después del Deducible	Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$315 después del Deducible	
<b>Podología</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios. El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo después del Deducible	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$60 por visita después del Deducible	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en un programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Bronze 2850



## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos

Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$2,850
<b>Familiar</b>	\$5,700

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$9,100
<b>Familiar</b>	\$18,200

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Copago de \$400 por visita después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	
<b>Pruebas de alergia</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Copago de \$10 por visita después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de \$65 por visita después del Deducible	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 % después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.  Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 % después del Deducible	Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.

### Educación sobre la diabetes

Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.
Especialista	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.

<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/ Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
--	---	--

<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
------------------------------	---------------------------------	--

<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>		
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Copago de \$30 por visita después del Deducible	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Coaseguro del 20 % después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Copago de \$100 después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario,

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de \$350 después del Deducible	puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Terapia individual/ Asesoramiento</b>	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/ cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Copago de \$50 después del Deducible	salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<b>MinuteClinic®</b>	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de \$65 por visita después del Deducible	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$30 por visita después del Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de \$500 por visita después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Copago de \$30	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Copago de \$65 después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Copago de \$100 después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Copago de \$60	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Copago de \$130 después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Copago de \$300 después del Deducible	
<b>Podología</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Atención de Urgencia</b>	Copago de \$65 por visita después del Deducible	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Direct Catastrophic

## Resumen de Beneficios y Costos Compartidos



Este Resumen de Beneficios y Costos Compartidos le brinda información sobre sus Servicios Cubiertos de Tufts Health Direct y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de Beneficios y Costos Compartidos para su Nivel del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros. Los servicios solo están cubiertos para Proveedores Dentro de la Red, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio.

Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web para obtener la información más actualizada sobre Proveedores Dentro de la Red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL

<b>Individual</b>	\$9,100
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$18,200
-----------------	----------

### DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

<b>Individual</b>	\$9,100
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$18,200
-----------------	----------

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro de la familia. Esto garantiza que ningún Miembro de un Plan familiar tenga que cubrir el Deducible o Desembolso Máximo familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de miembros de la familia alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.
<b>SERVICIOS CUBIERTOS</b>	<b>COSTOS COMPARTIDOS</b>	<b>LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES</b>
<b>Servicios de aborto</b>	Sin cargo	
<b>Acupuntura</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Pruebas de alergia</b>	Sin cargo después del Deducible	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
<b>Tratamientos de alergias (Inyecciones)</b>	Sin cargo después del Deducible	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para Pacientes Externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Sin cargo después del Deducible	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Bombas para los senos</b>	Sin cargo después del Deducible	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la <a href="#">Política de Servicios Preventivos</a> . Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino</b>	Sin cargo después del Deducible  Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto para Miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (Calificados)</b>	Según el lugar de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
<b>Dental, Accidentes</b>	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
<b>Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo después del Deducible	Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Sin cargo después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Sin cargo después del Deducible	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> .  Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
<b>Educación sobre la diabetes</b>		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$35 para las primeras 3 visitas no Preventivas al PCP, luego está sujeto a Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio.  Sin cargo para el programa <a href="#">Good Measures</a> (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
Especialista	Sin cargo después del Deducible	
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/ Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa.  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Programas para el Control de Enfermedades</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asma</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)</li> <li>• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul>		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Equipo Médico Duradero (DME)</b>	Sin cargo después del Deducible	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide">https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Prótesis</li> <li>• Pelucas</li> </ul>		
<b>Servicios de Intervención Temprana</b>	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.
<b>Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)</b>		
Visita de rutina	Sin cargo después del Deducible	<p>Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de \$150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación.</p> <p>Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.</p> <p>Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos.</p> <p>Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.</p>
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Sin cargo después del Deducible	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a> .
<b>Servicios de Planificación Familiar</b>		
Preventivos	Sin cargo	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
<b>Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Miembros una vez cada Año de Beneficios después de ser Miembro durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.  Debe completar un <a href="#">formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico</a> .
<b>Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Sin cargo después del Deducible	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios.  No hay límite para la Terapia del Habla.  La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	Sin cargo después del Deducible	Con cobertura para Miembros de 21 años y menores. Esto incluye el costo de una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esto incluye tanto el monto que paga Tufts Health Direct como los Costos Compartidos correspondientes del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención Médica a Domicilio</b>	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
<b>Cuidados paliativos</b>	Sin cargo después del Deducible	Requiere Autorización Previa.
<b>Servicios de imagenología (Radiología)</b>		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
Avanzada: IRM, TC, TEP	Sin cargo después del Deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Terapia individual/Asesoramiento</b>	Sin cargo después del Deducible	No hay límites para las visitas y no se requiere Autorización Previa para las visitas de terapia de Salud Conductual Ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento de infertilidad</b>	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa.  Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
<b>Atención Médica para Pacientes Hospitalizados</b>		
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.  Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
<b>Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados</b>	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes</b>	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes</b>	Sin cargo después del Deducible	Solo se requiere Autorización Previa para determinados servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Servicios Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos</b>		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la Red. Es posible que las pruebas genéticas requieran Autorización Previa.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Sin cargo después del Deducible	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud</b>	Sin cargo después del Deducible	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
<b>Examen de salud mental y bienestar</b>	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.
<b>Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>MinuteClinic®</b>	Sin cargo después del Deducible	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Sin cargo después del Deducible	
<b>Visitas al consultorio</b>		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de \$35 para las primeras 3 visitas no Preventivas al PCP, luego está sujeto a Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Sin cargo después del Deducible	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
<b>Cirugía para Pacientes Externos</b> (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Sin cargo después del Deducible	
<b>Farmacia</b>		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	<p>Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa.</p> <p>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)</li> </ul>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Podología</b>	Sin cargo después del Deducible	<p>Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios.</p> <p>El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.</p>
<b>Cuidado prenatal</b>		
Preventivos	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos.*</b> De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Cirugía y Procedimientos Reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas</b>	Sin cargo después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
<b>Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)</b>	Sin cargo después del Deducible	<p>Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios.</p> <p>No hay límite para la Terapia del Habla.</p> <p>La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Centro de Enfermería Especializada</b>	Sin cargo después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
<b>Consumo de sustancias</b>		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
<b>Telehealth</b>	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
<b>Atención de Urgencia</b>	Sin cargo después del Deducible	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de Servicio (todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra Red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de Servicio, si obtiene servicios en un UCC Fuera de la Red o en un UCC de un Hospital Fuera de la Red, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra Área de Servicio, los Centros de Atención de Urgencia (UCC) Independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores Fuera de la Red, incluidos Hospitales y clínicas.</p> <p>Los Costos Compartidos pueden variar dependiendo del lugar de servicio.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
<b>Programas para Bajar de Peso</b>	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	<p>Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de Programas para Bajar de Peso</a>.</p> <p>Consulte el <i>Manual del Miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>

---

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.

# Anexo C: Lista de Medicamentos Opioides de la Clasificación II y III

La ley de Massachusetts define los medicamentos de la Clasificación II como medicamentos: (1) con un alto potencial de consumo excesivo; (2) con un uso médico actualmente aceptado para tratamiento en los Estados Unidos o un uso médico actualmente aceptado con restricciones estrictas; y (3) cuyo consumo excesivo puede derivar en una dependencia psicológica o física grave.

La ley de Massachusetts define los medicamentos de la Clasificación III como medicamentos: (1) con un potencial de consumo excesivo inferior al de los medicamentos en la Clasificación I y II; (2) que tienen un uso médico actualmente aceptado para tratamiento en los Estados Unidos; y (3) cuyo consumo excesivo puede derivar en una dependencia física de baja a moderada o una dependencia psicológica alta.

De conformidad con la ley de Massachusetts, si le recetan alguno de estos medicamentos y desea recibir una cantidad menor que la recetada, no se le impondrán costos ni multas adicionales. Esta lista está sujeta a cambios durante el año. Llame a un Representante de Servicios para Miembros al **888.257.1985** para recibir la información más actualizada sobre los medicamentos de la Clasificación II y III cubiertos por Tufts Health Plan.

## Medicamentos de la Clasificación II

- [acetaminofén/hidrocodona]
- [acetaminofén/oxicodona]
- [aspirina/oxicodona]
- [belladona/supositorios de opio]
- [bromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [bromfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina polistirex/hidrocodona polistirex]
- [clorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [clorfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina/hidrocodona]
- [dexbromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [dexclorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [difenhidramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [fentanilo]
- [guaifenesina/hidrocodona/fenilefrina]
- [guaifenesina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [hidrocodona ER]
- [hidrocodona/fenilefrina/pirilamina]
- [hidrocodona/guaiacolsulfonato de potasio]
- [hidrocodona/homatropina]
- [hidrocodona/ibuprofeno]
- [hidrocodona/pseudoefedrina]
- [hidrocodona]

- [hidromorfona ER]
- [hidromorfona]
- [ibuprofeno/oxicodona]
- [meperidina/prometazina]
- [meperidina]
- [metadona]
- [morfina ER]
- [morfina/naltrexona]
- [morfina]
- [naltrexona/oxicodona]
- [oxicodona ER]
- [oxicodona]
- [oximorfona ER]
- [oximorfona]
- [sulfato de codeína]
- [sulfato de morfina ER]
- [tapentadol]
- [tartrato de levorfanol]
- [tintura de opio]

#### Medicamentos de la Clasificación III

- [acetaminofén/butalbital/cafeína/codeína]
- [acetaminofén/cafeína/dihidrocodeína]
- [acetaminofén/clorfeniramina/codeína]
- [acetaminofén/codeína]
- [aspirina/butalbital/cafeína/codeína]
- [aspirina/cafeína/dihidrocodeína]
- [aspirina/carisoprodol/codeína]
- [aspirina/codeína]
- [bromfeniramina/dihidrocodeína/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina/codeína]
- [codeína/guaifenesina/pseudoefedrina]
- [codeína/guaifenesina]
- [dihidrocodeína/fenilefrina/pirilamina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina/fenilefrina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina]

# Anexo D: Mapa del Área de Servicio

El área de cobertura de Tufts Health Direct incluye el territorio continental de Massachusetts. Martha's Vineyard y Nantucket no están incluidos.

