Direct ConnectorCare AIAN

Programa de beneficios

Este Programa de beneficios 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 es elegible según el Programa de beneficios para su tipo de plan específico. Para saber qué tipo de plan de Tufts Health Direct tiene, revise su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan.

Si desea obtener más información sobre sus beneficios y términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del miembro de Tufts Health Direct* https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-manual-para-miembros-2024.

Para recibir los servicios, debe atenderse con proveedores que forman parte de la red de proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios fuera de la red requieren autorización previa, excepto para atención de emergencia y atención de urgencia fuera del área de servicio. En el caso de la atención primaria, debe ver al proveedor primario de cuidados médicos (PCP) que tiene registrado en el portal para miembros.

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).

Massachusetts Health Connector pone este Plan de costo compartido cero a disposición de todos los indios estadounidenses/nativos de Alaska (AI/AN por sus siglas en inglés) con ingresos inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza (FPL por sus siglas en inglés) que sean elegibles para el crédito fiscal anticipado para la prima (APTC por sus siglas en inglés) federal. Las cantidades del deducible y del desembolso máximo anuales que se aplican a usted y a los miembros inscritos de su familia cada año del plan son las siguientes:

DEDUCIBLE ANUAL	CANTIDAD
Individual	$0
Familiar	$0

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD
Individual	$0
Familiar	$0

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Sin cargo	Nota: 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.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Sin cargo	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
Servicios para pacientes hospitalizados		No se requiere autorización previa para admisiones como paciente hospitalizado desde la sala de emergencias. Se requiere notificación al Plan dentro de las 48 horas posteriores a la admisión desde la sala de emergencias. Las admisiones planificadas requieren autorización previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Sin cargo	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere autorización previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan dentro de las 48 horas posteriores a la admisión como paciente hospitalizado.
Servicios para pacientes externos		
Terapia individual/asesoramiento	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Atención intermedia, incluidos servicios de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertos servicios de salud conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios cubiertos" del Manual del miembro de Tufts Health Direct para obtener más información sobre estos servicios.
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa.
Examen de bienestar de salud mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un profesional de salud mental con licencia. Tenga en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser realizado por un médico de atención primaria durante su examen físico de rutina anual.
Tratamiento con metadona	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Incluye dosificación, asesoramiento y servicios de laboratorio.
Instructores de recuperación y especialistas afines	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Programas para el tratamiento por consumo de sustancias	Sin cargo	
Servicios para trastornos del espectro autista		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Sin cargo	Se 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	Sin cargo	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.
Ensayos clínicos	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Servicios de atención al paciente de rutina cubiertos para miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Cuidado dental, accidental	Sin cargo	No se requiere autorización previa. 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 dentales, que no sean de emergencia (solo pediátricos, Delta Dental)		
Los miembros son elegibles para recibir servicios hasta el último día del mes en que cumplen 19 años. Llame a Delta Dental al 800-872-0500 para obtener más información y conocer los requisitos de autorización previa.		
Tipo I: Preventivos y de diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios cubiertos básicos	Sin cargo	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa Good Measures (Buenas Medidas).
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imágenes, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo	Incluye análisis de sangre, análisis de orina y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar y tratar enfermedades. Las pruebas genéticas requieren autorización previa.
Radiografías	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Imágenes avanzadas (imagen por resonancia magnética [MRI por sus siglas en inglés], tomografía computarizada [CT por sus siglas en inglés], tomografía por emisión de positrones [PET por sus siglas en inglés])	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Estudios del sueño	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Programas para el control de enfermedades	Sin cargo	Para miembros con asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o insuficiencia cardíaca congestiva. Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Equipo médico duradero (DME por sus siglas en inglés)		
Equipos médicos cubiertos alquilados o comprados para uso doméstico	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertos servicios, como prótesis y órtesis. La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipos médicos, algunas piezas de repuesto y reparaciones.
Prótesis auditivas	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 la cantidad 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.
Servicios de intervención temprana	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Con cobertura para miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes, evaluaciones y análisis para la admisión, consultas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un especialista certificado en intervención temprana.
Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para *servicios de observación,* lo envían para *servicios de cirugía ambulatoria* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado*. Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye las tarifas de inicio. Este beneficio está disponible para los miembros una vez cada año del plan después de ser miembros durante 4 meses. Consulte el *Manual del miembro de Tufts Health Direct* para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de afirmación de género	Sin cargo	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria, servicios de diagnóstico, terapia del habla, servicios de atención médica para pacientes externos, medicamentos administrados por un profesional de la salud o medicamentos recetados y suministros, entre otros servicios.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Sin cargo	Incluye rehabilitación cardíaca; terapia física; terapia ocupacional, y servicios de terapia del habla, audición y lenguaje. Consulte lo que viene a continuación para obtener detalles específicos.
Límites:		
Rehabilitación cardíaca		
Terapia física y ocupacional		Se requiere autorización previa después de la evaluación inicial y de 11 consultas. Máximo de 60 consultas en total combinadas de terapia física y ocupacional por miembro por año del plan.
Terapia del habla, audición y lenguaje		Se requiere autorización previa después de 30 consultas. Sin límites de consultas.
Atención médica a domicilio	Sin cargo	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Sin cargo	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir *atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*, *cirugía ambulatoria*, *servicios de diagnóstico*, *servicios de atención médica para pacientes externos*, *medicamentos administrados por un profesional de la salud* o *medicamentos recetados y suministros*, entre otros servicios.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados Hospital; hospital de enfermedades crónicas; hospital de rehabilitación, o centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés)		No se requiere autorización previa para admisiones como paciente hospitalizado desde la sala de emergencias. Se requiere notificación al Plan dentro de las 48 horas posteriores a la admisión desde la sala de emergencias. Las admisiones planificadas requieren autorización previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Sin cargo	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado, como pruebas previas a la admisión, anestesia, servicios de diagnóstico y medicamentos y suministros.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
Límites:		
Hospital de enfermedades crónicas o de rehabilitación		Máximo de 60 días en total por miembro por año del plan.
Centro de enfermería especializada		Máximo de 100 días en total por miembro por año del plan.
Servicios de maternidad y atención al recién nacido sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de preparación al parto	Rellene un formulario de Reclamación médica de reembolso para miembros y envíelo por correo junto con el comprobante de pago.
Atención prenatal y posparto de rutina	Sin cargo	Todas las visitas al consultorio prenatales y de posparto de rutina para pacientes externas están cubiertas, así como los servicios y apoyos para la lactancia.
Atención prenatal que no sea de rutina	Sin cargo	Los servicios de maternidad para pacientes externas que no se consideren de rutina o los relacionados con complicaciones o riesgos del embarazo pueden estar sujetos a costos compartidos. Algunos ejemplos de servicios que no se consideran de rutina son, entre otros, la amniocentesis, las pruebas de esfuerzo fetal y las ecografías obstétricas.
Servicios hospitalarios y de parto	Sin cargo	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Una bomba para los senos por parto, incluyendo las piezas y los suministros relacionados. Con cobertura para la compra de una bomba manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de uso hospitalario cuando lo considere apropiado el proveedor solicitante. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Medicamentos administrados por un profesional de la salud	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos. 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 Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) que no forman parte del beneficio de farmacia.
Consultas de atención médica para pacientes externos		
La atención médica incluye servicios para diagnosticar, tratar y mantener una condición de salud. Los servicios de atención médica están cubiertos por proveedores de la red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de proveedores fuera de nuestra red y será responsable del pago total. Comuníquese con Servicios para Miembros al **888-257-1985** o visite tuftshealthplan.com/memberlogin para encontrar un proveedor dentro de la red. Consulte *Servicios de salud preventiva* para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Especialista	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Los servicios de 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.
Trasplante de órganos o médula ósea	Sin cargo	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
Cirugía ambulatoria de día		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Sin cargo	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Sin cargo	
Control del dolor	Sin cargo	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Atención de podología	Sin cargo	No se requiere autorización previa. 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.
Medicamentos y suministros recetados		Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de autorización previa. Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
Farmacia minorista		
Nivel 1	Sin cargo	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
Farmacia de pedido por correo		
Nivel 1	Sin cargo	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
Servicios de salud preventiva		
Los servicios de salud preventiva son cuidados de la salud de rutina que incluyen exámenes de detección, chequeos y asesoramiento para prevenir enfermedades, afecciones u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Consulte con su PCP la Política de servicios preventivos para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina, y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo.
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; mamografías de rutina, y colonoscopias de rutina.
Atención ginecológica (GYN) de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina y pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicoláu).
Planificación familiar	Sin cargo	
Servicios de asesoramiento para dejar de fumar	Sin cargo	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Sin cargo	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	Sin cargo	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Sin cargo	No se requiere autorización previa. En nuestra área de servicio, debe acudir a un centro de atención de urgencia (UCC por sus siglas en inglés) que esté en nuestra red para tener cobertura de servicios. Fuera de nuestra área de servicio, los UCC independientes están cubiertos en centros de proveedores fuera de la red, incluidos hospitales y clínicas.
Cuidado de la vista		
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.		
Atención pediátrica de rutina (menores de 19 años)	Sin cargo	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; monturas de colección solamente o una asignación de $150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación. Los miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Atención de rutina para adultos (19 años o más)	Sin cargo	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para diabéticos y una vez cada 24 meses para no diabéticos.
Atención médica de los ojos y la vista	Sin cargo	
Programas para bajar de peso	Sin cargo por 3 meses sobre las tarifas de membresía para un programa calificado	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 del plan. Debe completar un formulario de reembolso de programas para bajar de peso. Consulte el Manual del miembro de Tufts Health Direct para obtener más información sobre las limitaciones.

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 cubierto.