

2024

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 **6**.

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de enero de 2024
Número de formulario: EOC-Direct-001 Ed. 3-2024



a Point32Health company



6496 05022024

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY



a Point32Health company

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

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 | **888.257.1985**

Language Assistance Services

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 888.257.1985 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 888.257.1985 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 888.257.1985 (TTY: 711).

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888.257.1985 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quý vị miễn phí. Gọi số 888.257.1985 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888.257.1985 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)
انتباه: إذا أنت تتكلم اللغة العربية، خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. إتصل على 888.257.1985 (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) សំនួរដំណឹង: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មបកប្រែ ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888.257.1985 (TTY: 711)។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888.257.1985 (ATS: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 888.257.1985 (TTY: 711).

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888.257.1985 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 888.257.1985 (TTY: 711).

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 888.257.1985 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्त में उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 888.257.1985 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 888.257.1985 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 888.257.1985 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888.257.1985 (TTY: 711).

Tabla de contenido

Introducción	1
Comuníquese con nosotros	1
Traducción a otros idiomas	1
Números de teléfono importantes	2
EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA	2
EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA	2
Servicios para Miembros de Tufts Health Direct	3
Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine	3
¡Visítenos en la web!	3
Fraude, derroche y uso indebido	4
Sus inquietudes	4
LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL	5
Le damos la bienvenida	6
Traducción y otros formatos	6
Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct	6
Cobertura mínima acreditable y requisitos obligatorios para el seguro de salud	6
Costos del cuidado de la salud	7
Primas	7
Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC, por sus siglas en inglés) y Planes ConnectorCare	7
Costos Compartidos	7
Deducibles	8
Copagos	8
Coaseguro.....	8
Servicios sujetos a Deducible y Copago o Coaseguro	9
Desembolso Máximo.....	9
Año del Plan	9
Cómo recibir la atención que necesita	10
Su Tarjeta de Identificación de Miembro	10
Su PCP administra su atención	11

Selección o asignación de PCP.....	11
Especialistas.....	11
Segundas opiniones	11
Atención de Emergencia	12
Atención de Urgencia	12
Servicios hospitalarios	12
Cómo recibir atención fuera del horario de atención	13
Cómo recibir atención fuera del Área de Servicio	13
Obtener información sobre sus Proveedores	13
Administración de la Utilización.....	14
Autorización Previa	14
Servicios Cubiertos.....	14
Proveedores Fuera de la Red	15
Solicitud de Autorización Previa y respuesta	15
Servicios Médicos y de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)	15
Farmacia y medicamentos administrados por un profesional de la salud.....	15
Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas	16
Revisión concurrente.....	16
Reconsideración de una Determinación Adversa	16
Servicios experimentales o en investigación	17
Continuidad de la Atención	17
Miembros nuevos	17
Miembros actuales	17
Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención	18
Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción	18
Elegibilidad de Familiares Dependientes	19
Divorcio o separación	19
Hijos recién nacidos y Adoptivos: elegibilidad, inscripción y cobertura	20
Elegibilidad del empleado.....	20
Cambio en el estado de elegibilidad	20
Fecha de Entrada en Vigor.....	21

Sin Período de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes	21
Renovación de su cobertura	21
Planes individuales/familiares	21
Participantes de un Plan Grupal	22
No renovación del Plan	22
Cancelación de la inscripción.....	23
Fecha de finalización de la cobertura	23
Beneficios después de la cancelación	23
Cambios en el Plan de salud	24
Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo.....	24
Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley federal (COBRA)	24
Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts	26
Servicios Cubiertos	27
Beneficios médicos cubiertos	27
Servicios de aborto	27
Servicios de acupuntura.....	28
Servicios para alergias.....	28
Servicios de ambulancia.....	28
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	28
Atención quiropráctica	28
Cuidado del paladar hendido/labio leporino	28
Ensayos clínicos.....	28
Dental: accidentes	28
Servicios dentales, que no sean de Emergencia (solo pediátricos, Delta Dental).....	28
Tratamiento de la diabetes	28
Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio ambulatorios, radiografías, imagenología y otros exámenes ambulatorios de diagnóstico).....	29
Diálisis.....	29
Equipo Médico Duradero (DME).....	29
Servicios de intervención temprana (EI, por sus siglas en inglés)	30
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	30
Servicios de afirmación de género	30

Servicios de Rehabilitación y rehabilitación Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla .	30
Atención médica a domicilio	31
Hospicio.....	31
Vacunación	31
Servicios de infertilidad.....	32
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados	33
Cirugía para Pacientes Hospitalizados	33
Servicios prenatales y atención al recién nacido sano	33
Medicamentos administrados por un profesional de la salud	34
Visitas de atención médica para pacientes externos.....	34
Fórmulas médicas	34
Asesoramiento nutricional	35
Cirugía para Pacientes Externos	35
Control del dolor	35
Podología	35
Servicios de Atención Preventiva de la Salud	35
Telehealth	36
Cuidado de la vista.....	37
Reembolso de programas para bajar de peso	37
Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) cubiertos	37
Servicios de Salud Conductual para Pacientes Externos.....	38
Servicios intermedios de Salud Conductual.....	38
Servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados.....	39
Servicios intermedios y para Pacientes Hospitalizados para trastornos de Salud Conductual en niños y adolescentes	39
Servicios para el trastorno del espectro autista (TEA)	40
Servicios de Salud Conductual adicionales.....	40
Ley de Paridad en la Salud Mental	40
Medicamentos y suministros recetados	40
Programa de farmacia	40
Programa de medicamentos que requieren Autorización Previa	40
Formulario	41

- Programa de terapia escalonada 41
- Límites en cuanto a cantidad 41
- Sincronización de los medicamentos (Med Sync)..... 41
- Programa de farmacia de especialidad 41
- Medicamentos de distribución limitada..... 42
- Medicamentos genéricos 42
- Beneficio de 90 Días de medicamentos recetados en una farmacia 42
- Medicamentos nuevos en el mercado..... 42
- Medicamentos y suministros recetados cubiertos 42
- Medicamentos que no están en el Formulario 43
- Exclusiones 43
- Solicitudes de excepción 44
- Si recibe una factura por un Servicio Cubierto..... 45**
- Servicios no cubiertos.....46**
- EXTRAS de Tufts Health Direct.....49**
- Gestión de la atención 51**
- Programa de Salud Materno infantil 51**
- Gestión de la atención integrada 52**
- Gestión de la atención de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) 52
- Transición de la atención (ToC, por sus siglas en inglés) 52
- Gestión de la Atención Compleja (CCM, por sus siglas en inglés)..... 53
- Control de enfermedades 53
- Salud comunitaria 53
- Gestión de Calidad 54**
- Cómo resolver inquietudes 55**
- Consultas 55**
- Quejas..... 55
- Apelaciones 56
- Proceso de Revisión Externa..... 58
- Limitación de acciones 59**
- Preguntas o inquietudes..... 59**

Sus derechos y responsabilidades60

- Sus derechos como Miembro 60**
- Sus responsabilidades como Miembro 61**
- Más información disponible para usted 61**
- Protección de sus beneficios 62**

Cuando tiene otros seguros62

- Coordinación de Beneficios..... 62**
- Subrogación 63**
 - Derecho de Subrogación de Tufts Health Direct..... 63
 - Derecho de reembolso de Tufts Health Direct 63
 - Cooperación de los Miembros 64
 - Compensación del Trabajador..... 65
 - Fideicomiso constructivo 65
 - Agente de Subrogación 65
 - Accidentes en vehículos motorizados o lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo 65

Otras disposiciones.....65

- Uso y divulgación de información médica 65**
- Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores 66**
 - Tufts Health Plan y los Proveedores..... 66
 - Circunstancias fuera del control razonable de Tufts Health Plan..... 66

Anexo A: Glosario67

Anexo B: Programas de beneficios.....76

Anexo C: Lista de medicamentos opioides de categorías II y III206

Anexo D: Mapa del Área de Servicio208

Introducción

Este Manual contiene información sobre cómo funcionan los beneficios de su 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.

Comuníquese con nosotros

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

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

Traducción a otros idiomas

Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción a 200 idiomas. Todos los servicios de traducción son gratuitos para los Miembros. Para obtener una traducción gratuita al inglés, llame al **888-257-1985**.

Árabe الرقم على الاتصال يرجى العربية، باللغة المجانية الترجمة خدمة على للحصول **888-257-1985**.

Chino 若需免費的中文版本，請撥打 888-257-1985。

Francés Pour demander une traduction gratuite en français, composez le **888-257-1985**.

Alemán Um eine kostenlose deutsche Übersetzung zu erhalten, rufen Sie bitte die folgende Telefonnummer an: **888-257-1985**.

Griego Για δωρεάν μετάφραση στα ελληνικά, καλέστε στο **888-257-1985**.

Criollo haitiano Pou tradiksyon gratis nan Kreyòl Ayisyen, rele **888-257-1985**.

Igbo Maka ntughari asusu n'Igbo na akwughị ugwo, kpọọ **888-257-1985**.

Italiano Per la traduzione in italiano senza costi aggiuntivi, è possibile chiamare il numero **888-257-1985**.

Japonés 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。

Jemer (camboyano) សម្រាប់សេវាបកប្រែប្រយោជន៍ឥតគិតថ្លៃជាភាសាខ្មែរ សូមទូរស័ព្ទសេវាកម្មសម្រាប់ **888-257-1985**។

Coreano 한국어로 무료 통역을 원하시면, **888-257-1985** 로 전화하십시오.

Kru Inyu yangua ndonõl ni Kru sébèl **888-257-1985**.

Laosiano ສໍາລັບການແປພາສາຂອງທ່ານ ທີ່ບໍ່ໄດ້ສອບຄັ້ງໃຊ້ຈ່າຍ, ໃຫ້ໃບທາດ **888-257-1985**.

Navajo Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' **888-257-1985**.

Persa بزرگ **888-257-1985** شن شماره به ناری به رایگان ترجمه برای.

Polaco Aby uzyskać bezpłatne tłumaczenie w języku polskim, należy zadzwonić na numer **888-257-1985**.

Portugués Para tradução grátis para português, ligue para o número **888-257-1985**.

Ruso Для получения услуг бесплатного перевода на русский язык позвоните по номеру **888-257-1985**.

Español Para servicio de traducción gratuito en español, llame al **888-257-1985**.

Tagalo Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa **888-257-1985**.

Vietnamita Để có bản dịch tiếng Việt không phải trả phí, gọi theo số **888-257-1985**.

Yoruba Fún isé ògbùfò l'òfè ní Yorùbá, pe **888-257-1985**.

Números de teléfono importantes

Consulte la siguiente tabla para conocer los números de teléfono y los horarios de atención de las agencias que participan en su Plan de salud. Nota: usted se inscribió a través de Health Connector o HSA Insurance.

Agencia	Número de teléfono	Horarios de atención (excepto días festivos)
Tufts Health Plan	888-257-1985 (TTY: 711)	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Health Connector	877-623-6765 (TTY: 877-623-7773)	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
HSA Insurance	781-228-2222 (sin costo: 877-777-4414)	De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

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, llame al 911
- Para Emergencias de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), llame al 911 o al 988 (línea de ayuda en caso de suicidio y crisis).
- Acuda de inmediato a la sala de Emergencias más cercana. Lleve su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct
- Infórmele a su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP, por sus siglas en inglés) dentro de las 48 horas posteriores a una Emergencia para recibir la atención de seguimiento necesaria.

No necesita una Autorización Previa para recibir atención de Emergencia, incluyendo el transporte en ambulancia.

EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA

La Atención de Urgencia es para un problema que es grave pero que no pone en peligro su vida ni presenta un riesgo de sufrir daños permanentes.

- Llame a su PCP o a su Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias). Puede comunicarse con el consultorio de su Proveedor 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Acuda a un Centro de Atención de Urgencia (UCC, por sus siglas en inglés) o a MinuteClinic® (una Clínica Médica de Servicio Limitado)
- Si tiene problemas de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), llame o envíe un mensaje de texto al: 833-773-2445, o a través del chat en línea: masshelpline.com. La línea de ayuda de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) (BHHL, por sus siglas en inglés) es una línea directa clínica que funciona 24 horas al día, 7 días a la semana. El personal está formado por Proveedores capacitados en Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) y asesores de pares. La BHHL ofrece evaluación clínica, remisiones a tratamientos y servicios de triaje de crisis. La línea de ayuda está disponible en más de 200 idiomas 24 horas al día, 7 días a la semana, los 365 días del año.

Servicios para Miembros de Tufts Health Direct

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. Asegúrese de llamarnos si:

- **Se muda o cambia de número de teléfono**
Llámenos para comunicarnos su dirección y 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 a alguien cuyo nombre no aparezca en la lista.
- **Si desea cambiar su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP)**
Puede cambiar su PCP por cualquier motivo llamándonos o visitando tuftshealthplan.com/memberlogin.

Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine

Para obtener información general de salud y apoyo, llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine. Teléfono: 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 800-942-1859).

¡Visítenos en la web!

Como Miembro, puede beneficiarse de una amplia gama de herramientas y recursos útiles en línea. Visite tuftshealthplan.com/memberlogin. Los usuarios que accedan por primera vez deben crear una cuenta.

Su portal seguro para Miembros le ofrece una forma segura de ayudarlo a administrar el cuidado de su salud. Puede hacer lo siguiente:

- Buscar un PCP, un Especialista, otro Proveedor, o un centro de salud cercano en nuestra Red de Tufts Health Direct
- Cambiar su dirección o número de teléfono
- Cambiar su PCP
- Consultar los documentos de su Plan y buscar beneficios
- Consultar su historial de Reclamaciones y comprobar el saldo de su Deducible
- Buscar el estado y los detalles de una Autorización Previa
- Usar el centro de mensajería segura para enviarnos información y hacernos preguntas
- Descargar los formularios que necesita para solicitar reembolsos y EXTRAS de Tufts Health Direct
- Recibir información importante sobre:
 - Nuestro Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad
 - Cómo puede presentar una Queja o una Apelación
 - Cómo podemos recopilar, usar, proteger y divulgar su Información Médica Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y sus derechos en relación con la misma

Su portal para Miembros también incluye el Treatment Cost Estimator (TCE). El TCE le permite comparar los costos de muchos tipos de Servicios de Cuidado de la Salud. El cálculo de costos que genera la herramienta es vinculante en la medida que lo exige la ley de Massachusetts. El monto real que podría tener que pagar puede variar debido a servicios imprevistos que surjan durante la admisión, el procedimiento o el servicio propuestos.

Fraude, derroche y uso indebido

El Fraude, el derroche y el uso indebido son asuntos serios. Infórmenos si tiene cualquiera de las siguientes inquietudes:

- Le llega una factura por servicios que nunca recibió
- Le robaron su Tarjeta de Identificación
- Alguien más está utilizando su seguro

Para informarnos o hacernos preguntas, llámenos al 800-462-0224. También puede enviarnos un correo electrónico a [THPP Claims Fraud and Abuse@point32health.org](mailto:THPP_Claims_Fraud_and_Abuse@point32health.org).

Si desea informar de manera anónima, llame a nuestra línea directa al 877-824-7123. También puede enviarnos una carta a:

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

Sus inquietudes

Si necesita llamar para plantear una inquietud o presentar una Apelación, comuníquese con el Servicio para Miembros al **888-257-1985**. Para presentar una Apelación o una Queja por escrito, envíela por correo postal 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 motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como, por ejemplo, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles u otro tipo de formato).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es inglés, como el servicio de intérpretes calificados y la información impresa en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al **888-257-1985**.

Si cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos 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 800-439-2370)
Fax: 617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar una Queja en persona, por correo postal, por fax o por 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 un 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 de su portal de quejas, 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
- tuftshealthplan.com
- 888-257-1985

Le damos la bienvenida

Usted se merece recibir una excelente atención. Queremos que aproveche al máximo su membresía de Tufts Health Direct.

Trabajamos con una Red de médicos, Hospitales y otros Proveedores de alta calidad en todo Massachusetts para ofrecerle el mejor valor del cuidado 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 ayudarlo a comprender mejor su Plan de salud, hemos puesto con mayúscula inicial las palabras y los términos importantes de este Manual del Miembro. Puede ver las definiciones de estos términos en el Glosario de la página 67.

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

Disponemos de personal bilingüe. El personal de Servicios para Miembros puede leerle esta u otra información impresa. Ofrecemos servicios de traducción a 200 idiomas. Esto incluye la traducción verbal de este documento. Todos los servicios de traducción son gratuitos para los Miembros.

Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct

Cuando usted se inscribe en Tufts Health Direct, recibe los Servicios Cubiertos descritos en este Manual, la Lista de Beneficios, el Formulario, y las enmiendas de esos documentos. Estos documentos son un contrato entre usted y Tufts Health Plan. Todo esto combinado constituye su Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés).

Este Manual explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como Miembro de Tufts Health Direct. También explica nuestra responsabilidad con usted. Si se realizan 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 en adelante tengan una cobertura de salud que cumpla los estándares de cobertura mínima acreditable que establece Health Connector. Health Connector puede no exigir este requisito por razones de asequibilidad o dificultades individuales. Para obtener más información, llame a Health Connector al 877-623-6765 (TTY: 877-623-7773). También puede visitar el sitio web de Health Connector en MAhealthconnector.org.

Este Plan de salud cumple los estándares de cobertura mínima acreditable como parte de la ley de reforma del cuidado 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 del cuidado 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 antes de la fecha de vencimiento que aparece en la factura. Siga las instrucciones de pago en la factura cuando pague su Prima. Si tiene preguntas sobre su Prima, llame al número que aparece en la factura.

Si forma parte de un Grupo, tenga en cuenta que su empleador pagará su Prima. Enviaremos una notificación anual sobre la Prima que debe pagar.

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

Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC, por sus siglas en inglés) y Planes ConnectorCare

Tenemos Planes de bajo costo disponibles a través de Health Connector. Esto incluye Planes con subsidios para quienes califiquen.

Es posible que sea elegible para recibir Créditos Fiscales Anticipados para el Pago de Primas (APTC). Si es elegible para APTC, el gobierno de Estados Unidos pagará parte de sus Primas directamente a Tufts Health Plan. De forma alternativa, puede reclamar el crédito cuando presente su declaración de impuestos anual.

Es posible que también sea elegible para un Plan ConnectorCare de más bajo costo. Si es elegible, Commonwealth of Massachusetts pagará parte de sus Primas directamente a Tufts Health Plan. Esto se suma a cualquier APTC para el que pueda calificar.

Health Connector puede ayudarlo a determinar si es elegible para APTC o un Plan ConnectorCare.

Costos Compartidos

Los Deducibles, Copagos y Coaseguros son tipos de Costos Compartidos. Usted puede ser responsable de Costos Compartidos cuando reciba atención médica para diagnosticar, tratar o controlar una condición de salud. Su Lista de Beneficios en el Anexo B incluye las descripciones y las responsabilidades específicas de Costos Compartidos de su Plan.

Su responsabilidad de Costos Compartidos se basa en el Monto Permitido para el Servicio Cubierto. El Monto Permitido es el precio que negociamos con los Proveedores Dentro de la Red para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros de Tufts Health Direct. El Monto Permitido suele ser diferente, y a menudo menor, que el Monto Facturado que cobran los Proveedores. Tenga en cuenta que si el Monto Permitido de un medicamento o Servicio Cubierto es menor que su monto de Costos Compartidos, usted pagará solo el Monto Permitido del medicamento o servicio.

Pague los montos de sus Costos Compartidos directamente a sus Proveedores. Si no paga 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 indios americanos y los nativos de Alaska pueden inscribirse en las variantes del Plan que no tienen responsabilidad de Costos Compartidos por los servicios recibidos a través del Servicio de Salud Indígena. Los indios americanos y los nativos de Alaska que ganan menos del 300 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), pueden inscribirse en las variaciones del Plan sin ninguna responsabilidad de Costos Compartidos, independientemente de dónde reciban el servicio. Health Connector puede ayudarlo a determinar si es elegible para inscribirse.

Deducibles

Es posible que su Plan tenga un Deducible anual. El Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año del Plan, antes de que Tufts Health Plan comience a pagar.

Los siguientes costos de cuidado de la salud no se aplican al Deducible:

- Pagos de Primas
- Pagos de Copagos o Coaseguros por Servicios Cubiertos
- Pagos que realice por Servicios no Cubiertos
- Pagos que realice a un Proveedor Fuera de la Red que superen el Monto Permitido para Servicios Cubiertos pagados por el Plan a ese Proveedor Fuera de la Red
- Los pagos que haya realizado por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio del Año del Plan actual

Después de alcanzar su Deducible anual, es posible que aún deba pagar los Copagos y Coaseguros. Al comienzo de cada Año del Plan nuevo, su acumulación de Deducible se restablece a cero.

Algunos tipos de Plan tienen un Deducible médico y de farmacia combinado. Otros tipos de Plan tienen Deducibles médicos y de farmacia separados, o no tienen ningún Deducible. Además, los Planes pueden tener Deducibles individuales y familiares.

Para el Plan compatible con la Cuenta de Ahorro para la Salud (Silver 2000 HSA), el monto del Deducible Anual individual se aplica cuando hay un solo Miembro inscrito en el Plan. El monto del Deducible anual familiar se aplica si hay dos o más Miembros inscritos en el Plan. El Deducible familiar se alcanza cuando uno o más Miembros del Plan han pagado el monto total del Deducible.

Para los otros tipos de Plan, el Deducible individual se aplica a un solo Miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un Miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el Deducible individual incluso si otros Miembros del Plan familiar no lo han alcanzado. Una vez que dos o más Miembros de un Plan familiar alcanzan el Deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el Deducible para el Año del Plan.

Consulte la primera página de su Lista de Beneficios en el Anexo B para obtener más información y conocer las responsabilidades de Deducible específicas de su Tipo de Plan.

Copagos

Los Copagos son cantidades fijas en dólares que usted debe pagar por determinados Servicios Cubiertos. Algunos ejemplos de Servicios Cubiertos que pueden requerir un Copago son las visitas a médicos cuando está enfermo, las recetas, las pruebas de imagen avanzadas (IRM, TEP, TC), las visitas a la sala de Emergencias y la atención que recibe en el Hospital.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para conocer las responsabilidades de Copago específicas de su Plan.

Coaseguro

El Coaseguro es un porcentaje fijo del Monto Permitido total que usted es responsable de pagar por ciertos Servicios Cubiertos. Algunos ejemplos de Servicios Cubiertos que pueden requerir un Coaseguro son los Equipos Médicos Duraderos, como una silla de ruedas o unas muletas, y la atención dental pediátrica, como el empaste de una caries.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para conocer las responsabilidades de Coaseguro específicas de su Plan.

Servicios sujetos a Deducible y Copago o Coaseguro

Algunos Servicios Cubiertos están sujetos a Deducible y pueden tener un Copago o Coaseguro. Esto significa que si aún no ha alcanzado el Deducible, usted es responsable de pagar el saldo restante del Deducible y luego el Copago o Coaseguro aplicable hasta el Monto Permitido. Si ha alcanzado el Deducible, entonces solo será responsable de pagar el monto del Copago o Coaseguro.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para ver qué Servicios Cubiertos están sujetos a Deducible y tienen Copago o Coaseguro.

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 del Plan por los Servicios Cubiertos. Los Deducibles, Copagos y Coaseguros cuentan para su Desembolso Máximo.

Los siguientes costos de cuidado de la salud no se aplican al Desembolso Máximo:

- Pagos de Primas
- Pagos que realice por Servicios no Cubiertos
- Pagos que realice a un Proveedor Fuera de la Red que superen el Monto Permitido para Servicios Cubiertos pagados por el Plan a ese Proveedor Fuera de la Red
- Los pagos que haya realizado por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio del Año del Plan actual

Una vez que alcance su Desembolso Máximo, ya no tiene que pagar Deducibles, Copagos ni Coaseguros por el resto de ese Año del Plan. Al comienzo de cada Año del Plan nuevo, su acumulación se restablece a cero.

Algunos tipos de Plan tienen un Desembolso Máximo médico y de farmacia combinado. Otros tipos de Plan tienen Desembolsos Máximos médicos y de farmacia separados. Además, los Planes pueden tener Desembolsos Máximos individuales y familiares separados.

Para todos los tipos de Plan, un Miembro puede alcanzar el Desembolso Máximo anual individual estando en un Plan individual o familiar. Luego, no habrá Costos Compartidos para los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan. Dos o más Miembros de un Plan familiar pueden alcanzar el Desembolso Máximo familiar. Luego, ningún Miembro de la familia tendrá Costos Compartidos para los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan.

Consulte la primera página de su Lista de Beneficios en el Anexo B para obtener más información y conocer las responsabilidades de Desembolso Máximo específicas de su Tipo de Plan.

Año del Plan

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

- Se adquieren y administran los beneficios del Plan de Salud
- Se calculan los Deducibles, Copagos, Coaseguros y Desembolsos Máximos
- Se aplica la mayoría de los límites de beneficios

Para Suscriptores inscritos a través de un Plan Grupal: Su Año del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo 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 del Plan será desde el 1 de abril al 31 de marzo. La Fecha de Entrada en Vigor del Grupo es siempre el primer día del mes.

En algunos casos, su primer Año del Plan no será de 12 meses completos. Para Suscriptores individuales:

- Si se inscribe durante un período de inscripción abierta anual, su Año del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor y finaliza el 31 de diciembre. Esto quiere decir que su primer Año del Plan 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 del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor y finaliza el 31 de diciembre. Para obtener más información, consulte la página 21.

Si usted es un empleado nuevo que se convirtió en Suscriptor después de la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo, su Año del Plan termina en la misma fecha en que termina el Año del Plan para todos los Suscriptores de su Grupo.

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

Información Importante acerca de los montos de sus Costos Compartidos

De conformidad con la Ley de Asistencia Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), los servicios de Atención Preventiva de la Salud, incluyendo los servicios de cuidados preventivos 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 licenciado y los dispensa una farmacia conforme a una receta, están cubiertos sin Costos Compartidos. Para obtener más información, consulte: <https://www.tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services>.

Si tiene alguna pregunta respecto a si algún servicio específico se considera preventivo de conformidad con 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 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. Muestre su Tarjeta de Identificación cada vez que solicite servicios de salud. Si no lo hace, es posible que el Proveedor no nos facture y que usted tenga que pagar el 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

	Med. INN	Rx. INN
IND Ded:	\$0	\$0
IND MOOP:	\$3,000	\$3,000
FAM Ded:	\$0	\$0
FAM MOOP:	\$6,000	\$6,000

Optum Rx

RxBIN: 610011
RxPCN: IRX
RxGRP: RXHIX
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](https://www.tuftshealthplan.com/directmembers)

eye med

Su PCP administra su atención

Usted debe tener un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que esté en nuestra Red de Tufts Health Direct. Su PCP es el Proveedor al que debe llamar en caso de que necesite cuidado de la salud que no sea de Emergencia. Puede llamar al consultorio de su PCP 24 horas al Día, 7 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:

- Ayudarlo a obtener el cuidado de la salud que necesita
- Coordinar los exámenes, procedimientos de laboratorio o visitas al Hospital necesarios
- Realizar revisiones y exámenes médicos periódicos
- Ayudarlo a obtener servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)
- Conservar sus registros médicos
- Suministrar información sobre Servicios Cubiertos que necesitan Autorización Previa antes de recibir tratamiento
- Escribir recetas

Selección o asignación de PCP

Puede elegir como PCP a una Enfermera Practicante, un Asistente Médico o un médico. Este Proveedor debe ser parte de la Red de Tufts Health Direct. Si no seleccionó un PCP cuando se inscribió, le asignaremos uno. Elegiremos uno cerca de donde usted vive. Le informaremos el nombre de su PCP cuando le enviemos su Tarjeta de Identificación. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para elegir un PCP:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Utilice la herramienta buscar un médico o un Hospital en tuftshealthplan.com
- Llámenos al **888-257-1985**

Especialistas

Tufts Health Direct cubre la atención especializada pediátrica y de adultos. Puede visitar a la mayoría de los Especialistas sin Autorización Previa (PA, por sus siglas en inglés) si están Dentro de la Red en el lugar de su visita.

Antes de programar una cita, debería hablar con su PCP sobre su necesidad de ver a un Especialista. Para encontrar un Especialista de Tufts Health Direct:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Utilice la herramienta buscar un médico o un Hospital en tuftshealthplan.com
- Llámenos al **888-257-1985**

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

Para obtener más información sobre los servicios que requieren PA, consulte la sección Lista de Beneficios de su Tipo de Plan en este *Manual del Miembro*.

Segundas opiniones

Tiene cobertura para obtener una segunda opinión sobre una condición de salud o un tratamiento propuesto. Este servicio no requiere Autorización Previa de un Proveedor Dentro de la Red.

Atención de Emergencia

Para Emergencias médicas y de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), llame al 911 o acuda al centro de Emergencias más cercano de inmediato. Lleve su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct.

Usted está cubierto por atención de Emergencia 24 horas al Día, 7 Días a la semana. Puede recibir atención de Emergencia dondequiera que esté, incluso si está de viaje. También cubrimos el transporte de Emergencia en ambulancia.

Nunca se necesita Autorización Previa para los servicios de Emergencia. Estos servicios están disponibles Dentro o Fuera de la Red.

Un Proveedor examinará y tratará sus necesidades de salud de Emergencia antes de enviarlo a su casa. Si es necesario, puede ser trasladado a otro Hospital.

Es posible que desde una sala de Emergencias sea ingresado para Observación, reciba servicios quirúrgicos para Pacientes Externos, o sea ingresado como Paciente Hospitalizado. Sus Costos Compartidos variarán dependiendo de los servicios o el nivel de admisión.

Si ingresa como Paciente Hospitalizado después de haber recibido atención de Emergencia, debemos ser notificados en un plazo de 48 horas. Los Proveedores Dentro de la Red deben notificarnos en su nombre. También nos puede notificar la sala de Emergencias o su PCP. Asegúrese de comunicarse con su PCP para que pueda recibir la atención de seguimiento que pueda necesitar.

Nota sobre la atención de Emergencia de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias): Puede recibir servicios de intervención móvil en caso de crisis (MCI, por sus siglas en inglés) en un centro comunitario de Salud Conductual (CBHC, por sus siglas en inglés). Estos son servicios de respuesta terapéutica presenciales, móviles, in situ y a corto plazo si tiene una crisis de Salud Conductual. La MCI está disponible 24 horas al Día, 7 días a la semana.

Atención de Urgencia

Si necesita Atención de Urgencia, llame a su PCP o a su Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias). Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores, 24 horas al Día, 7 Días a la semana. Los consultorios de sus Proveedores tienen Proveedores Sustitutos que trabajan fuera del horario de atención.

Si su condición se convierte en una Emergencia antes de la cita con su Proveedor, llame al 911 o acuda a la sala de Emergencias más cercana.

Dentro de nuestra Área de Servicio: Hay Centros de Atención de Urgencia (UCC, por sus siglas en inglés) Independientes Dentro de la Red. También tiene cobertura en MinuteClinic® (una Clínica Médica de Servicio Limitado). Para encontrar la opción correcta más cercana a usted:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Utilice la herramienta buscar un médico o un Hospital en tuftshealthplan.com
- Llámenos al **888-257-1985**

Fuera de nuestra Área de Servicio: Tiene cobertura en todos los UCC Dentro y Fuera de la Red. Esto incluye la Atención de Urgencia prestada en Hospitales y clínicas.

Servicios hospitalarios

Comuníquese con su PCP si necesita servicios hospitalarios para atención que no sea de Emergencia. Su PCP puede coordinar su atención.

Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Hable con su PCP para saber cómo recibir atención fuera del horario de atención. Si tiene problemas para ver a su PCP o a otro Proveedor, llame a Servicios para Miembros.

Como Miembro de Tufts Health Direct, usted tiene acceso a una enfermera registrada en cualquier momento del día. Llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 800-942-1859). La Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine está disponible 24 horas al Día, 7 días a la semana.

Cómo recibir atención fuera del Área de Servicio

Usted está cubierto para recibir Atención de Emergencia y de Urgencia fuera del Área de Servicio. También si se encuentra fuera del país.

Después de haber sido tratado o estabilizado, nosotros y sus Proveedores podremos decidir si es seguro trasladarle a un centro de la Red. Es posible que no se cubra la continuación de los servicios con un Proveedor Fuera de la Red. Es posible que el transporte de vuelta al Área de Servicio después de la estabilización no esté cubierto.

No tiene cobertura para ningún otro Servicio Cubierto fuera del Área de Servicio. Esto incluye, entre otros, los siguientes:

- Pruebas o tratamientos solicitados por su PCP
- Atención de rutina o de seguimiento. Los ejemplos incluyen, entre otros, exámenes físicos, vacunas contra la gripe, retirada de puntos, asesoramiento y fisioterapia
- Atención programada, como cirugía electiva
- Cuidados prenatales a las 36 semanas o más de embarazo, dentro de las 4 semanas anteriores a la fecha prevista del parto, o si su Proveedor le informa de que corre riesgo de tener un parto prematuro. Esto incluye el parto o si tiene problemas con su embarazo.

Cuando reciba Atención de Emergencia o de Urgencia fuera del Área de Servicio de Tufts Health Direct, es posible que el Proveedor le pida pagar por dicha atención al momento del servicio. Muéstrole al Proveedor su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. El Proveedor no debería pedirle que pague. Si paga algún servicio o recibe una factura, llame a Servicios para Miembros. Para obtener más información, consulte "Si recibe una factura por Servicios Cubiertos" en la página 45.

Obtener información sobre sus Proveedores

Los Proveedores de Tufts Health Direct son médicos y otro tipo de profesionales que tiene un contrato con nosotros para brindar cuidado de la salud. Para obtener la información más actualizada sobre nuestra Red de Proveedores:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Utilice la herramienta buscar un médico o un Hospital en tuftshealthplan.com
- Llámenos al **888-257-1985**. Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar un Proveedor que sea adecuado para su edad, condición y tipo de tratamiento

Nuestra herramienta en línea buscar un médico o un Hospital incluye información sobre el Proveedor, como su nombre, dirección, número de teléfono, horario de atención, accesibilidad para discapacitados y los idiomas que habla. Incluye los siguientes tipos de Proveedores de Tufts Health Direct:

- Salas de Emergencias
- Proveedores de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)
- Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP)
- Centros de Atención Primaria

- Especialistas
- Hospitales
- Farmacias
- Centros de Atención de Urgencia (UCC)
- Proveedores de Equipos Médicos Duraderos
- Proveedores auxiliares

Para solicitar una copia impresa del *Directorio de Proveedores*, llame a nuestro equipo de Servicios para Miembros al **888-257-1985**.

Administración de la Utilización

La Administración de la Utilización (UM, por sus siglas en inglés) es nuestro programa para administrar los costos del cuidado de la salud. Decidimos si determinados Servicios de Cuidado de la Salud son Medicamente Necesarios. Los Servicios Medicamente Necesarios son aquellos que decidimos que son coherentes con los principios generalmente aceptados de la práctica médica.

En el proceso de UM seguimos las Pautas de Necesidad Médica (MNG, por sus siglas en inglés). Las MNG incluyen criterios clínicos basados en evidencia científica, estándares profesionales y opiniones de expertos. Desarrollamos las MNG con los aportes de Proveedores practicantes locales. También usamos estándares de las organizaciones nacionales de acreditación.

Revisamos estas pautas anualmente, o con más frecuencia cuando se aceptan medicamentos, tratamientos y tecnologías nuevos de manera general. Se actualizan periódicamente y están disponibles en tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines.

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 ciertos servicios a su disposición.

Si tiene alguna pregunta, 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 problemas con la UM durante este horario de atención. Fuera de este horario, responderemos a los mensajes de voz y faxes el siguiente Día hábil. También puede encontrar información sobre las solicitudes de UM iniciando sesión en su portal seguro para Miembros.

Autorización Previa

El tipo más común de solicitud de UM es la Autorización Previa (PA). Se trata de un permiso previo al inicio del tratamiento propuesto. Sus Proveedores saben cuándo y cómo solicitar una PA. Si no se aprueba la PA antes de que reciba la atención, se denegará la cobertura. Tendrá que pagar por esa atención.

Hay dos razones por las que puede necesitar una PA. Una se basa en el Servicio Cubierto específico. La otra es si el Proveedor no es parte de la Red de Tufts Health Direct. Para obtener más detalles, lea las siguientes secciones.

Servicios Cubiertos

Para ciertos servicios, su Proveedor necesita una PA antes de que comience el tratamiento. Para ver qué Servicios Cubiertos necesitan una PA:

- Utilice este *Manual del Miembro*. Consulte la sección Servicios Cubiertos que comienza en la página 27. Consulte el Anexo B que comienza en la página 76
- Inicie sesión en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Llame a Servicios para Miembros al **888-257-1985**

Cuando necesite una PA para un servicio de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), un Profesional de Salud Mental Licenciado decidirá si el servicio es Medicamento Necesario. No aplicaremos limitaciones de tratamiento ni Costos Compartidos a los servicios de Salud Conductual que no apliquemos a los servicios médicos.

Proveedores Fuera de la Red

Los Proveedores Fuera de la Red necesitan una PA para que usted pueda recibir atención que no sea de Emergencia ni de Urgencia. Es posible que lo autoricemos a ver a un Proveedor Fuera de la Red en las siguientes circunstancias:

- No hay un Proveedor Dentro de la Red que tenga la experiencia para tratar sus necesidades de cuidado de la salud.
- El Proveedor lo atendió en un Departamento de Emergencias. Podemos aprobar dos visitas de seguimiento.
- Comenzó un tratamiento de Salud Conductual como Paciente Externo (salud mental o consumo de sustancias) antes de inscribirse en el Plan. Su Proveedor debe indicar que la suspensión del tratamiento puede provocar daños mayores.
- Usted se encuentra en el período de Continuidad de la Atención. Para obtener más información, consulte la página 17.

Solicitud de Autorización Previa y respuesta

Servicios Médicos y de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)

- Solicitudes estándar: decidiremos en un plazo de 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la Información Necesaria. En un plazo máximo de 15 días a partir de la recepción de la solicitud.
- Solicitudes aceleradas: decidiremos lo antes posible considerando las circunstancias Apremiantes. Esto siempre será en un plazo de 2 días hábiles a partir de la recepción de toda la Información Necesaria. En un plazo máximo de 72 horas a partir de la recepción de la solicitud.
- Solicitudes de hospitalización planificada: se requiere Autorización Previa a más tardar cinco días hábiles antes de cualquier procedimiento médico electivo que requiera que el paciente sea Hospitalizado.

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.

Farmacia y medicamentos administrados por un profesional de la salud

- Solicitudes estándar: decidiremos en un plazo de 2 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.
- Solicitud Apremiante sin Formulario: se completa en un plazo de 24 horas a partir de la fecha de recepción de la solicitud.
- Solicitudes urgentes: decidiremos en un plazo de 48 horas.

Dentro de 24 horas le informaremos de nuestra decisión al Proveedor que solicita la cobertura del medicamento. Le informaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 24 horas.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas

Le informaremos a usted y a su Proveedor qué servicios aceptamos cubrir. El Proveedor debe tener una carta de Autorización Previa (PA) de parte nuestra antes de brindarle la atención. Si no la tiene, es posible que no se le pague.

Si necesita más atención de la que aprobamos, su proveedor debe solicitarla. Si aprobamos la solicitud de más servicios, les enviaremos a usted y a su Proveedor una carta de PA.

Si no aprobamos una PA, no pagaremos esas visitas o servicios. Le enviaremos a usted, a su Proveedor o a su Representante Designado una carta de denegación. Esto se denomina carta de 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:

- Hablará de sus síntomas o condición y del diagnóstico. Le brindará las razones específicas por las cuales la evidencia que nos envió su Proveedor no cumplió con los criterios de revisión médica
- Citará la información específica que usamos
- Incluirá las Pautas de Necesidad Médica utilizadas en el proceso de UM
- Especificará opciones de tratamiento alternativo que cubrimos, si corresponde
- Le indicará cómo presentar una Apelación, incluyendo una Apelación Interna Expedita

Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, puede presentar una Apelación. Para obtener más detalles, consulte "Cómo resolver inquietudes" en la página 55.

Revisión concurrente

Otro tipo de solicitud UM es la revisión concurrente. Este proceso se aplica si recibe Servicios para Pacientes Hospitalizados o está en un plan de tratamiento continuo. Este tipo de UM revisa su situación para garantizar que se brinde la atención correcta en el lugar y al nivel adecuados.

Tomamos decisiones de revisión concurrente dentro de 24 horas después de recibir toda la Información Necesaria del Proveedor. Si denegamos la Autorización para una estadía más larga o más servicios, puede seguir recibiendo el servicio sin costo para usted hasta que le informemos nuestra decisión de revisión concurrente. Le enviaremos por correo y por fax una confirmación por escrito en las 24 horas posteriores 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

Usted o su Proveedor pueden apelar la decisión antes o después de recibir el alta. Para obtener más detalles, consulte "Cómo resolver inquietudes" en la página 55.

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 par revisor 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 Designado pueden usar el proceso de Apelación que se describe a partir de la página

56. No tiene que pedirnos que reconsideremos una Determinación Adversa antes de solicitar una Apelación Interna Estándar o una Apelación Interna Expedita.

Servicios experimentales o en investigación

Utilizamos un proceso estandarizado para considerar si cubrimos medicamentos, dispositivos o tratamientos experimentales o en investigación. El proceso de evaluación incluye:

- Determinación del estado de aprobación de la FDA del dispositivo/producto/medicamento en cuestión
- Revisión de la literatura clínica relevante
- Consulta con Proveedores de atención especializada activos para determinar los estándares de práctica actuales

Las decisiones se formulan en forma de recomendaciones de cambios de política, y se envían a nuestra administración para que las revise y tome las decisiones finales de implementación.

Continuidad de la Atención

Apoyamos la Continuidad de la Atención para Miembros nuevos y actuales. Para obtener más detalles, lea las siguientes secciones.

Miembros nuevos

Es posible que cubramos un período definido para que usted permanezca con su Proveedor y tratamiento actuales Fuera de la Red. Esto se extenderá hasta que pueda realizar la transición de la atención a un Proveedor Dentro de la Red. Estas situaciones incluyen:

- Atención continua de su PCP hasta 30 Días después de la inscripción
- Tratamiento activo para tratar una enfermedad o trastorno que no se ha estabilizado. Esto puede ser por hasta 30 Días después de la inscripción
- Servicios continuos de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), por hasta 90 días en la mayoría de los casos
- Servicios de cuidados prenatales si tiene más de 12 semanas de gestación. Puede seguir recibiendo cuidados hasta seis semanas después del parto
- Hospicio o cuidados paliativos si tiene una Enfermedad Terminal

Miembros actuales

Podemos cubrir un período definido si su Proveedor cancela su inscripción con nosotros por motivos que no sean de calidad o Fraude.

- Puede consultar a su PCP hasta 30 días después de cancelar su inscripción. Si su PCP cancela su inscripción, se lo notificaremos con al menos 30 días de antelación.
- Si está en un plan de tratamiento activo, el período puede ser de hasta 90 días. Un plan de tratamiento activo es si usted:
 - Recibe cuidados como Paciente Hospitalizado o institucionalizado
 - Se sometió a una cirugía programada no electiva
 - Tiene una condición grave y compleja
- Si está embarazada, el período puede ser de hasta seis semanas después del parto
- Si tiene una Enfermedad Terminal, hasta la muerte

Nota: una condición grave y compleja es una enfermedad que requiere atención médica especializada aguda o a largo plazo para evitar la posibilidad de muerte o daño permanente. Algunos ejemplos son ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. Las condiciones estables como la diabetes, la artritis y el asma no califican.

Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención

Su proveedor debe cumplir todas las condiciones siguientes para la Continuidad de la Atención.

- Proporcionar servicios que sean Servicios Cubiertos según este *Manual del Miembro*
- Obtener una Autorización Previa aprobada antes de continuar la atención
- Aceptar el pago según la tarifa que pagamos a los Proveedores Dentro de la Red
- Aceptar dicho pago como pago total
- No cobrarle más que su responsabilidad de Costos Compartidos
- Seguir nuestros estándares de calidad
- Seguir nuestras políticas y procedimientos
- Proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con la atención provista

Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción

Health Connector o el Administrador de Inscripciones determina la elegibilidad de los Suscriptores de Tufts Health Direct y sus Familiares Dependientes. Las personas elegibles incluyen a los Residentes de Massachusetts que viven en nuestra Área de servicio. Tenga en cuenta que los Miembros de ConnectorCare solo pueden inscribirse en determinados códigos postales dentro del condado de Franklin. 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 la ayuda para pagar su cobertura del seguro de salud.

Cuando recibamos la notificación de su inscripción de parte de Health Connector o el Administrador de Inscripciones, le enviaremos una Tarjeta de Identificación de Miembro y más información sobre su Plan. Puede permanecer inscrito en Tufts Health Direct mientras cumpla con los requisitos de elegibilidad y pague su Prima.

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 Cuidado de la Salud.

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
- La pareja de unión civil legal de un Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside
- La pareja de hecho de un Suscriptor
- Un Cónyuge divorciado o separado de un Suscriptor, según lo exige la ley de Massachusetts
- El Hijo de un Suscriptor o de su Cónyuge legal o pareja de hecho, hasta los veintiséis (26) años, definido como:
 - Un Hijo biológico
 - Un hijastro; o
 - Un Hijo adoptado legalmente, o un Hijo colocado para adopción con el Suscriptor o con su Cónyuge legal o pareja de hecho, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside.
 - Un Hijo de quien el Suscriptor o su Cónyuge legal o pareja de hecho es el tutor legal designado por un tribunal
 - Un Hijo Dependiente de un Hijo inscrito
 - Un Hijo adulto discapacitado mayor de 26 años del Suscriptor o de su Cónyuge legal o pareja de hecho

Divorcio o separación

El Cónyuge sigue siendo elegible para la cobertura en caso de divorcio o separación legal. Esto es así incluso si la sentencia se dictó antes de la Fecha de Entrada en Vigor. Esta cobertura no requiere ninguna Prima adicional. En caso de un matrimonio nuevo, 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 Excónyuge se vuelve a casar
- 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.

Agregue a su solicitud a niños recién nacidos, adoptados o en acogida en un plazo de 30 días a partir del momento en que pasen a formar parte de su hogar. Es mejor agregar a los recién nacidos dentro de los 10 días posteriores al nacimiento, para asegurarse de que su cobertura entre en vigencia de inmediato. Si no se presenta a tiempo, es posible que su familiar tenga un período sin cobertura o que deba esperar hasta la próxima inscripción abierta para obtener cobertura.

Si se requiere el pago de una Prima específica para brindar cobertura a un Hijo, debe pagarla. Además, la póliza o contrato puede requerir uno o más de los siguientes:

- Notificación de nacimiento de un Hijo recién nacido
- Presentación de la solicitud de adopción de un Niño en acogida
- Colocación de un Niño con fines de adopción

El Suscriptor debe escoger un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) dentro de las 48 horas posteriores a su nacimiento o a la fecha de adopción o colocación para adopción.

El Suscriptor debe comunicarse con Health Connector o su Administrador de Inscripciones para obtener más información sobre la inscripción de un Hijo recién nacido o uno 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 comunicar los cambios que puedan afectar su elegibilidad. La notificación debe hacerse dentro de los 60 Días posteriores al evento. Esto incluye los cambios que se produzcan en usted o en sus Familiares Dependientes inscritos en su Plan. 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

Los cambios en los Familiares Dependientes o los ingresos del hogar pueden resultar en un cambio en el Plan para el que es elegible. También pueden afectar su Prima. Estos cambios también podrían afectar el monto de los subsidios federales o estatales, o los créditos fiscales que pueda recibir.

Si se da alguno de los casos anteriores, comuníquese con su fuente de inscripción:

- Health Connector: 877-623-6765 (TTY: 877-623-7773). Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
- HSA Insurance: 781-228-2222 (sin costo: 877-777-4414) Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

Fecha de Entrada en Vigor

La Fecha de Entrada en Vigor es la fecha en que se convierte en Miembro de Tufts Health Direct. Esta es la fecha en la que usted es elegible para recibir Servicios Cubiertos de Proveedores de Tufts Health Direct. Sus Fechas de Entrada en Vigor para Suscriptores nuevos individuales y Familiares Dependientes se rigen según las leyes estatales y federales. Su cobertura comenzará a las 12:01 a.m. el primer Día del mes en que empieza su inscripción.

Nota: incluso si su membresía comienza mientras está hospitalizado, la cobertura empieza el día de la Fecha de Entrada en Vigor.

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 su Fecha de Entrada en Vigor.

Renovación de su cobertura

Planes individuales/familiares

Todas las personas renuevan la membresía durante el período de inscripción abierta anual. Fuera de este período, la persona puede tener un evento de vida que le permita inscribirse. Las personas pueden solicitar una exención de inscripción para otras situaciones. Una exención permite la inscripción fuera del período de inscripción abierta. Comuníquese con Health Connector para obtener más información sobre exenciones de inscripción.

La cobertura individual se renueva el 1 de enero de cada año calendario. Si renueva con Fecha de Entrada en Vigor el 1 de febrero o posterior, tendrá un Año del Plan corto.

Es posible que no renovemos la cobertura de una persona elegible si la persona:

- No ha pagado las Primas requeridas
- Ha cometido Fraude
- Ha tergiversado su calificación para el Plan
- Ha tergiversado la información necesaria para determinar su 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 de Suscriptor. Esto incluye, entre otros, una persona, empleado o Familiar Dependiente que se muda fuera de nuestra Área de Servicio
- No cumple, en el momento de la renovación, las reglas de elegibilidad. Esto es si recopilamos suficiente información para tomar la determinación y poner dicha información a disposición de Health Connector
- No ha cumplido con nuestra solicitud razonable de información en una solicitud de cobertura

Participantes de un Plan Grupal

Los Grupos del empleador renuevan la membresía cada 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor. La cobertura del empleado se renueva 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo del empleador, sin importar la Fecha de Entrada en Vigor del empleado. Las Primas Mensuales se basan en la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo del empleador.

Debe informar a Health Connector o a su Administrador de Inscripciones 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
- Matrimonio nuevo, suyo o de su Excónyuge, cuando dicho Excónyuge es un Familiar Dependiente inscrito bajo su cobertura familiar

Si un empleador participante cambia cualquiera de los puntos anteriores, la empresa podrá ser revalidada al momento de la renovación del Grupo. Es posible que Health Connector o el Administrador de Inscripciones le pida documentos para confirmar la información provista por el empleador participante al momento de la renovación.

Nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripciones 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 confirmar el tamaño, la tarifa de participación o la Prima del Grupo
- No cumplió los requisitos del Plan, incluyendo, entre otros, que el empleador o sus empleados se muden fuera del Área de Servicio del Plan
- No cumplió 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 cumplía con la definición de Grupo Pequeño

No renovación del Plan

Podemos optar por no renovar un Plan de beneficios de salud para una persona o Grupo Pequeño elegible. En tal caso, debemos notificarlo con al menos 60 Días de antelación. Incluiremos las razones específicas para la no renovación según nuestros criterios registrados.

Podemos optar por dejar de ofrecer un Tipo de Plan específico. En tal caso, debemos notificarlo con al menos 90 Días de antelación a las personas o Grupos Pequeños elegibles afectados.

Cancelación de la inscripción

Es posible que se le cancele su inscripción en Tufts Health Direct. En ese caso, estará cubierto como Miembro hasta las 11:59 p.m. del último Día del mes en que termina su inscripción. Si usted es Miembro de un Grupo, la cobertura puede terminar su último Día de empleo o el último Día del mes. Consulte con su empleador.

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

- Una persona o un Grupo decide terminar la cobertura
- No ha pagado sus Primas
- 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, un empleado del Plan, o para el Plan
- Comete un acto de tergiversación o Fraude intencional. Esto puede estar relacionado con la cobertura, la obtención de Servicios de Cuidado de la Salud o el pago de dichos servicios. 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
- No sigue las reglas de este *Manual del Miembro*
- No cumple con los requisitos de elegibilidad

Nunca solicitaremos cancelar los servicios para 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 finalización de la cobertura

Se le notificará la fecha en que finaliza la cobertura del Plan.

Si su cobertura finaliza porque no pagó sus Primas, se le notificará al menos 30 Días antes de la fecha de finalización. El plazo depende de cómo pague sus primas:

- Si tiene una cobertura no subvencionada o pertenece a un Grupo Pequeño, su cobertura finalizará si no paga la Prima durante dos meses. La cobertura finaliza el Día posterior a la fecha de vencimiento del pago. La fecha de finalización de su cobertura es el último Día del mes en que realizó el pago total. La cancelación es retroactiva. Por ejemplo, si su último pago fue el 1 de enero y no pagó durante febrero y marzo, su cobertura finaliza el 31 de enero.
- Si usted está en un Plan ConnectorCare o recibe un Crédito Fiscal Federal para el pago de Primas y no ha pagado su Prima durante tres meses, su cobertura termina el Día después de la fecha de vencimiento del pago. La fecha de finalización de la cobertura es el último Día del primer mes que adeudaba pero que no pagó. La cancelación es retroactiva, con un período de gracia de 30 Días. Por ejemplo, si pagó por última vez la cobertura el 1 de enero pero no realizó los pagos de febrero, marzo y abril, su cobertura finaliza el 28 de febrero.

Beneficios después de la cancelación

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

- Usted estaba recibiendo atención como Paciente Hospitalizado o Externo antes de la finalización de su cobertura
- Usted tiene una condición médica que requería atención médica después de la finalización de su cobertura

Cambios en el Plan de salud

Nosotros le proporcionaremos información sobre el período de inscripción abierta anual de Tufts Health Direct. Todos los Miembros pueden cambiar de Plan por cualquier motivo durante este período.

Los Miembros pueden cambiar su inscripción durante un período de inscripción especial si se produce un evento calificador. El evento calificador se debe informar Health Connector o el Administrador de Inscripciones en un plazo de 60 Días a partir del evento. Los cambios de inscripción en el Plan de salud entrarán en vigor en la fecha del evento calificador. Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Contraer matrimonio
- Cambio en los Familiares Dependientes del hogar
- Pérdida de la cobertura de MassHealth
- Pérdida de su seguro laboral
- Fin de su estado de Familiar Dependiente en el Plan de otra persona
- Cumplir 26 años y dejar de calificar como Familiar Dependiente en un Plan familiar
- Cambio de residencia, como una mudanza permanente a Massachusetts, una mudanza permanente dentro del estado o salir de la cárcel o prisión.
- Es indio americano o nativo de Alaska, según se define en la sección 4 de la Ley de Autodeterminación Indígena y de Ayuda a la Educación. Dicha persona puede inscribirse en un Plan de salud o cambiar de un Plan a otro una vez al mes, aunque haya finalizado el período de inscripción abierta.
- Otras circunstancias excepcionales

Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo

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

De conformidad con 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 calificador que le pudo haber causado la pérdida de su cobertura en el Grupo
- Usted elige la cobertura según lo provisto de conformidad con la Ley COBRA

A continuación, encontrará un 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:

- Cancelación 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 de Familiar Dependiente elegible

Período de continuación de la cobertura de conformidad con COBRA: COBRA ofrece continuación de la cobertura grupal durante 18 a 36 meses según su evento calificativo. La cobertura puede terminar antes si las Primas no se pagan a tiempo, su Grupo cancela su Plan Grupal o debido a otras razones como discapacidad u obtención de otra cobertura. Para obtener más información sobre COBRA, comuníquese con su Grupo o con Health Connector.

Costo de la cobertura: En la mayoría de los casos, usted debe pagar el 102 % del costo de la cobertura.

Continuación de la cobertura para Suscriptores discapacitados: cuando el empleo de un Suscriptor termina o se reducen sus horas de trabajo, él o su Familiar Dependiente elegible pueden continuar con la cobertura grupal por hasta 29 meses si quedan discapacitados según el Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social. Esta cobertura debe realizarse en un plazo de 60 Días a partir del evento calificativo según la ley federal. El costo de la Prima por los 11 meses añadidos puede ser de hasta el 150 % de la tarifa de la Prima.

Inscripción: para inscribirse, debe completar un formulario de elección y devolverlo a su Grupo. Debe devolver el formulario dentro de los 60 Días posteriores a la fecha de cancelación de la cobertura grupal o de la notificación de elegibilidad, 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 18 o 36 meses de continuación de cobertura federal con COBRA. El período máximo de cobertura es de 18 meses por cancelación del empleo o reducción de la jornada laboral. Ciertos eventos calificativos o un segundo evento calificativo durante el primer período de cobertura pueden extender la cobertura a 36 meses. Consulte la siguiente tabla sobre "Duración de la cobertura".

COBRA FEDERAL - DURACIÓN DE LA COBERTURA		
Eventos calificativos	Beneficiarios calificados	Período máximo de cobertura
Cancelación 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
* Nota importante: si un beneficiario calificado se considera discapacitado dentro de los primeros 60 días de continuación de la cobertura federal COBRA para estos eventos calificativos, él y sus familiares pueden extender la cobertura COBRA por hasta 11 meses más. Durante este período extendido, es posible que tengan que pagar hasta el 150 % del costo de la cobertura COBRA.		

Continuación de cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts

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:

- Fallecimiento del Suscriptor
- Cancelación 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
- Derecho del Suscriptor a Medicare
- 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 según la cobertura de continuación de Massachusetts, según se describe a continuación.

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.

Pago de la Prima

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

Normas para la continuación en Massachusetts

Según una ley de Massachusetts similar a COBRA, usted puede ser elegible para la continuación de la cobertura si:

- Estaban inscritos en el Plan Tufts Health Direct a través de un Grupo de Massachusetts con entre 2 y 19 empleados elegibles;
- Experimentó un evento calificativo que le pudo haber causado la pérdida de su cobertura de Grupo
- Elija esta continuación de la cobertura siguiendo el procedimiento descrito

Un Miembro que es elegible para la continuación de la cobertura de Massachusetts es un "beneficiario calificado". A este Miembro 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 finalización de cobertura del Contrato Grupal del beneficiario calificado, o la fecha en la que el Grupo proporciona al beneficiario calificado una notificación de elección. Para elegir esta cobertura, debe completar 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.

Cierre de plantas

Descripción de continuación disponible bajo un Contrato Grupal

Según la ley de Massachusetts, los Suscriptores cuyos empleos terminen 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 debe notificar a los Suscriptores sobre su elegibilidad. Para obtener más información, llame a su Grupo o a Servicios para Miembros.

Cobertura bajo un contrato individual

Si su cobertura Grupal finaliza, es posible que sea elegible para inscribirse en una cobertura bajo un contrato individual. 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).

Servicios Cubiertos

Cubrimos los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios que figuran en este Manual. Los Servicios Cubiertos deben coincidir con las Pautas de Necesidad Médica (MNG) de Tufts Health Plan que estén en vigor en el momento en que se prestan los servicios o se proporcionan los suministros. Consulte nuestras MNG en tuftshealthplan.com/medicalnecessityguidelines.

Los Proveedores Dentro de la Red de Tufts Health Direct deben proporcionar los Servicios Cubiertos. Los únicos servicios Fuera de la Red que cubrimos son Atención de Emergencia y de Urgencia. Si un servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto por este acuerdo. Consulte también la sección "Servicios no cubiertos" en la página 46.

Si un Servicio Cubierto propuesto no está disponible Dentro de la Red, podemos cubrirlo Fuera de la Red con Autorización Previa (PA). En ese caso, se seguirán aplicando sus Costos Compartidos. Consulte también "Autorización previa: servicios Fuera de la Red" en la página 15.

Las siguientes secciones indican los servicios que cubrimos para los Miembros de Tufts Health Direct. La responsabilidad de Costos Compartidos para su Tipo de Plan se indica en la sección Lista de Beneficios en el Anexo B.

Además de las limitaciones indicadas en la Lista de Beneficios, podemos limitar o exigir PA para los Servicios Cubiertos según la Necesidad Médica. Consulte también "Administración de la Utilización" en la página 14.

Beneficios médicos cubiertos

Servicios de aborto

Cubrimos el aborto quirúrgico o con medicamentos y los cuidados relacionados sin PA. Los siguientes servicios están cubiertos cuando se prestan con el procedimiento del aborto:

- Evaluación y examen previos al aborto
- Asesoramiento preoperatorio
- Ultrasonidos
- Servicios de laboratorio, incluyendo 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.

Servicios de acupuntura

Cubrimos servicios de acupuntura sin límite de visitas.

Servicios para alergias

Cubrimos las pruebas de alergia y la inmunoterapia para alergias (inyecciones). Se aplican límites de cobertura.

Servicios de ambulancia

En caso de Emergencia, cubrimos los servicios de transporte terrestre, marítimo y aéreo sin PA. El transporte en ambulancia que no sea de Emergencia puede estar cubierto con PA. No están cubiertos los servicios de ida y vuelta a citas médicas ni el uso de vehículos silla.

Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica

Cubrimos servicios de quimioterapia y oncología radioterápica para el tratamiento del cáncer. Se requiere PA para algunos servicios.

Atención quiropráctica

Cubrimos la manipulación de la columna vertebral, ejercicios terapéuticos y estimulación eléctrica muscular.

Cuidado del paladar hendido/labio leporino

Cubrimos la cirugía para Miembros menores de 18 años con paladar hendido o labio leporino, incluyendo:

- Cirugía y cuidados brindados por cirujanos orales y plásticos
- Tratamiento y manejo de ortodoncia
- Odontología preventiva y restauradora para tratamientos relacionados

Es posible que se requiera PA.

Ensayos clínicos

Cubrimos los costos de rutina para las personas que califiquen en ensayos clínicos aprobados por las leyes federales y de Massachusetts, sin necesidad de PA.

Dental: accidentes

Cubrimos tratamiento de Emergencia de lesiones accidentales a dientes sanos, naturales y permanentes causadas por una fuente externa a la boca.

Servicios dentales, que no sean de Emergencia (solo pediátricos, Delta Dental)

Delta Dental cubre servicios de atención dental pediátrica para los Miembros menores de 19 años de edad. La atención odontológica incluye servicios básicos, preventivos y de restauración. La ortodoncia está cubierta cuando es Médicamente Necesaria y con PA. Para obtener más información, visite el sitio web de Delta Dental. <https://deltadentalma.com/epo-find-a-dentist>

Nota: "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 diagnosticar o tratar varios tipos de diabetes:

- Servicios para Pacientes Externos de capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes, incluyendo la terapia médica nutricional
- Servicios de podología para Miembros diagnosticados con diabetes

- Análisis de laboratorio para la diabetes, como análisis de hemoglobina glicosilada (HbA1c), análisis de proteína en la orina o microalbúmina y perfiles lipídicos
- Bombas y suministros para bombas de insulina, sintetizadores de voz y dispositivos de aumento de la visión para uso en el hogar para personas legalmente ciegas
- Zapatos terapéuticos y personalizados, y plantillas para Miembros con enfermedad grave en el pie provocada por la diabetes
- Medicamentos recetados para la diabetes, incluyendo insulina, plumas, agujas y jeringas de insulina, lancetas, tiras de control de glucosa en sangre, glucosa en orina y cetonas, y medicamentos orales para la diabetes

Algunos servicios requieren PA.

Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio ambulatorios, radiografías, imagenología y otros exámenes ambulatorios de diagnóstico)

Cubrimos análisis de laboratorio, imágenes radiológicas y otros exámenes ambulatorios de diagnóstico

Servicios de laboratorio

Cubrimos servicios de laboratorio solicitados por un médico, Asistente Médico o enfermera registrada de práctica avanzada y realizados en un laboratorio con licencia. Ciertos análisis de laboratorio, como los exámenes genéticos, pueden requerir PA.

Tenga en cuenta que ciertas pruebas de laboratorio cuentan como Atención Preventiva de rutina y están cubiertas sin Costos Compartidos. Si un servicio de laboratorio no se factura de acuerdo con esta política, está sujeto a Costos Compartidos.

Servicios de imagenología (Radiología)

Cubrimos servicios de imágenes radiológicas, incluyendo radiografías, mamografías, resonancias magnéticas, TEP y TC. Es posible que se requiera PA.

Otros exámenes de diagnóstico

Es posible que estén cubiertos otros exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas y pruebas de función pulmonar. Es posible que se requiera PA.

Diálisis

Cubrimos servicios de diálisis.

Equipo Médico Duradero (DME)

Brindamos cobertura para determinados Equipos Médicos Duraderos (DME), incluyendo el alquiler o la compra de equipos médicos, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Algunos DME requieren PA. A continuación, se mencionan ejemplos de los beneficios de DME que cubrimos:

Prótesis auditivas

Para los Miembros de 21 años o menos, cubrimos prótesis auditivas, incluyendo un audífono por cada oído con problemas de audición, hasta \$2,000 por oído cada 36 meses. Esta cobertura incluye tanto el pago de Tufts Health Direct como el Costo Compartido del Miembro. Además, también están cubiertos los servicios relacionados, como las evaluaciones de las prótesis auditivas, su adaptación y ajuste, y los suministros, como los moldes para las orejas.

Suministros médicos

Cubrimos suministros médicos desechables recetados para el tratamiento de condiciones médicas específicas. Los ejemplos de suministros médicos cubiertos incluyen suministros de ostomía, traqueostomía y catéter.

Órtesis

La cobertura incluye aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos mecánicos o hechos a medida, excluyendo los dispositivos bucales. Para los Miembros con diabetes, las plantillas para zapatos están cubiertas sin PA.

Servicios de equipo de oxígeno y de terapia respiratoria

Cubrimos equipo de oxígeno y de terapia respiratoria con PA.

Dispositivos protésicos

Cubrimos los costos de prótesis mamarias y brazos y piernas protésicos, incluyendo el costo de las reparaciones. La cobertura incluye el modelo más adecuado que satisfaga debidamente las necesidades del Miembro. Se requiere PA, excepto para las prótesis mamarias cuando se proporcionan en relación con una mastectomía.

Prótesis capilares o pelucas

Cubrimos las prótesis capilares hechas específicamente para una persona. Cubrimos pelucas cuando se necesitan 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 (EI, por sus siglas en inglés)

Cubrimos servicios de intervención temprana. Un Proveedor certificado de EI debe brindar este tipo de servicios. Estos servicios deben ser parte de un programa de EI que cumpla con los estándares del Department of Public Health. Este beneficio es solo para Miembros desde el nacimiento hasta los 3 (tres) años que cumplan con los criterios. No hay responsabilidad de Costos Compartidos por estos servicios.

Reembolso de centro de acondicionamiento físico

Cubrimos tres meses de tarifas de un centro de acondicionamiento físico después de que haya sido Miembro de Tufts Health Direct durante cuatro meses. El reembolso no incluye las tarifas iniciales.

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 y 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.

Envíe un formulario de reembolso por correo con los recibos detallados adjuntos. Reembolsaremos una vez por Año del Plan 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 complete. También puede obtener el formulario en [direct-fitness-reimbursement \(tuftshealthplan.com\)](https://tuftshealthplan.com/direct-fitness-reimbursement).

Servicios de afirmación de género

Cubrimos los servicios de afirmación de género, incluyendo las cirugías de reconstrucción, la depilación y la terapia del habla. Se requiere PA.

Servicios de Habilitación y rehabilitación Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla

Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Cubrimos terapias para evaluación y tratamientos de restauración a corto plazo para ayudarlo a alcanzar su mayor nivel de independencia funcional. La atención se brinda con prontitud, centrándose en lograr mejoras significativas, sostenidas y mensurables en su condición.

Se requiere PA después de la evaluación inicial y de 11 visitas. Puede tener hasta 60 visitas combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional por Miembro y Año del Plan. Tenga en cuenta que estos límites no se aplican 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 los trastornos del habla, la audición y el lenguaje. Los servicios deben ser prestados por un patólogo del habla y el lenguaje, un audiólogo o un terapeuta registrado y licenciado, como parte de un plan de tratamiento formal de la pérdida o deterioro del habla. Cubrimos estos servicios en Hospitales, clínicas o consultorios privados. Se requiere PA después de 30 visitas.

Atención médica a domicilio

Cubrimos determinados servicios de atención médica a domicilio ofrecidos por una agencia de atención médica a domicilio. Para ser elegible para recibir servicios de atención médica a domicilio, su hogar no puede ser un Hospital o una institución de rehabilitación o de Enfermería Especializada, y debe estar confinado en el hogar*.

Los servicios cubiertos incluyen:

- 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

* Para ser considerado como confinado en el hogar, no tiene que estar postrado en cama. Sin embargo, su estado debe dificultarle salir de su hogar sin un esfuerzo considerable. Si sale de su casa, se le puede seguir considerando confinado en el hogar si las ausencias son poco frecuentes o cortas, o para recibir tratamiento médico. Este requisito de confinamiento en el hogar no se aplica a los cuidados paliativos.

Hospicio

Cubrimos el hospicio y los cuidados paliativos para los Miembros con Enfermedades Terminales que deciden no seguir tratamientos curativos. Se requiere PA. Los servicios deben cumplir con los estándares establecidos por un Proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare y regulado por el Department of Public Health de Massachusetts.

Cubrimos un paquete de servicios, que incluye suministros biológicos, asesoramiento, medicamentos, servicios de ama de casa/ayudantes de la salud en el hogar, servicios de atención institucional, servicios médicos y sociales, suministros médicos, enfermería, fisioterapia, terapias ocupacionales y del habla y el lenguaje, atención de Proveedores y servicios de atención para Pacientes Hospitalizados a corto plazo para relevo.

El límite de 100 Días de atención en un Centro de Enfermería Especializada y en un Hospital de Rehabilitación no se aplica a los servicios de cuidados paliativos.

Vacunación

Cubrimos vacunación preventiva de rutina y Medicamento Necesaria. Hay más información disponible en la sección Servicios de Atención Preventiva de la Salud.

Servicios de infertilidad

La infertilidad se define como la incapacidad de una mujer de 35 años o menos para concebir o producir la concepción durante un período de un año. En el caso de una mujer mayor de 35 años, el plazo se reduce a 6 meses. Si una mujer concibe pero no puede llevar el embarazo a término, el tiempo que haya intentado concebir antes de ese embarazo se incluye en el período de un año o seis meses, según corresponda.

El Plan cubre los siguientes servicios de diagnóstico para la infertilidad:

- Consulta
- Evaluación
- Análisis de laboratorio
- Pruebas genéticas preimplantacionales (PGT, por sus siglas en inglés)

Cuando el Miembro cumple las Pautas de Necesidad Médica, el Plan cubre el siguiente tratamiento de la infertilidad:

- Inseminación artificial (IA) terapéutica, incluyendo la obtención y el almacenamiento de espermatozoides relacionados
- Procedimientos de donación de óvulos, incluyendo la obtención, el procesamiento y el almacenamiento de óvulos relacionados y de óvulos inseminados
- Ovocitos de donante (DO, por sus siglas en inglés/FIV)
- Transferencia de embriones de donante/embriones congelados (DO/TEC)
- Transferencia de embriones congelados (TEC)
- Incubación asistida
- Transferencia intratubárica de gametos (TIG)
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (IICE)
- Inseminación intrauterina (IIU)
- Fertilización in vitro y transferencia de embriones (FIV)
- Transferencia intratubárica de cigoto (TIC)
- Aspiración microquirúrgica de espermatozoides del epidídimo (MESA, por sus siglas en inglés)
- Extracción testicular de espermatozoides (TESE, por sus siglas en inglés)
- La recolección, congelación y hasta un año de almacenamiento de espermatozoides también están cubiertos para los Miembros masculinos en tratamiento activo de la infertilidad
- Criopreservación de óvulos, espermatozoides y embriones

Nota: utilizamos criterios clínicos basados en evidencia para evaluar si el uso de un tratamiento para la infertilidad es Médicamente Necesario. Los tratamientos para la infertilidad evolucionan y es posible que se desarrollen tratamientos nuevos. Si planea recibir tratamiento para la infertilidad, le recomendamos que revise las Pautas de Necesidad Médica actuales en línea en

<https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/arts-ma>

Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos servicios médicos para Pacientes Hospitalizados las 24 horas, prestados en un entorno hospitalario con licencia, que incluyen alojamiento, comida, servicios de Proveedores profesionales, pruebas previas a la admisión, anestesia, servicios de diagnóstico, medicamentos y suministros.

Las admisiones de Pacientes Hospitalizados para procedimientos electivos pueden requerir PA. Sin embargo, para los servicios de Emergencia, no se requiere PA y están disponibles Dentro o Fuera de la Red. Si es admitido desde una sala de Emergencias, comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas posteriores.

Hospital de enfermedades crónicas o de Rehabilitación

Cubrimos los servicios de rehabilitación prestados en un entorno de Paciente Hospitalizado por un máximo de 60 Días por Miembro, por Año del Plan, en un Hospital de Rehabilitación o de enfermedades crónicas para Pacientes Hospitalizados. Se requiere PA.

Centro de Enfermería Especializada

Cubrimos la atención diaria de Enfermería Especializada en un entorno de Paciente Hospitalizado por un máximo de 100 Días por Miembro, por Año del Plan, en un Centro de Enfermería Especializada. Se requiere PA.

Cirugía para Pacientes Hospitalizados

Trasplante de órganos

Cubrimos trasplantes de órganos humanos, incluyendo los trasplantes de médula ósea. Se requiere PA. Para calificar, los Miembros deben cumplir con los criterios fijados por el Department of Public Health de Massachusetts. Los trasplantes deben ser procedimientos quirúrgicos no Experimentales. La cobertura incluye los costos de los donantes fallecidos y los donantes vivos si no están cubiertos por el seguro propio del donante. No cubrimos los costos de donante para Miembros que donen órganos a personas o receptores que no sean Miembros de Tufts Health Direct. Las búsquedas personales de órganos sólidos o donaciones de células madre fuera del banco de órganos tampoco están cubiertas.

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

Se cubren los servicios necesarios para aliviar el dolor o restablecer las funciones corporales deterioradas debido a defectos congénitos, anomalías de nacimiento, lesiones traumáticas o procedimientos quirúrgicos cubiertos. Esto incluye el tratamiento del labio leporino o paladar hendido para menores de 18 años, según lo exige la ley de Massachusetts.

Para una mastectomía, la cobertura incluye la reconstrucción de la mama afectada, la cirugía de la otra mama para crear simetría, las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas (incluido el linfedema) en todas las etapas de la mastectomía.

La extracción de implantes mamarios está cubierta en condiciones específicas, como la colocación posterior a una mastectomía, la rotura documentada de un implante de silicona o la evidencia de enfermedad autoinmune o infección.

Nota: la cirugía cosmética no está cubierta.

Servicios prenatales y atención al recién nacido sano

Paciente Hospitalizada

Cubrimos servicios hospitalarios y de parto para la madre en un centro de la Red. El parto en el hogar no está cubierto. Se cubre la hospitalización de la madre durante al menos 48 horas después de un parto vaginal, o 96 horas después de un parto por cesárea. Las decisiones de reducir la estadía las toman los obstetras, pediatras o enfermeras parteras certificadas, junto con la madre.

Los cargos de rutina de la guardería y la atención de un recién nacido sano están cubiertos, incluyendo la atención pediátrica, la circuncisión de rutina realizada por un Proveedor y las pruebas de detección auditiva en bebés menores de tres meses.

Los servicios adicionales incluyen:

- Una visita a domicilio de una enfermera registrada, un médico o una enfermera partera certificada, y visitas a domicilio adicionales, cuando sean Médicamente Necesarias y de parte de un Proveedor de cuidado de la salud licenciado
- La educación, ayuda y capacitación para padres 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 prematuramente (un alta hospitalaria menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea).

La atención que era posible prever antes de salir del Área de Servicio no está cubierta. No hay cobertura fuera del Área de Servicio para parto o problemas con el embarazo después de la semana 36 o dentro de las 4 semanas previas a la fecha probable de parto; o si su Proveedor le comunicó que corre riesgo de parto prematuro. Esto incluye la atención posparto y la atención brindada al recién nacido.

Paciente Externa

Cubrimos servicios prenatales para Pacientes Externas, como clases de lactancia, bombas para los senos, exámenes posparto, exámenes prenatales de rutina y visitas a domicilio realizadas por enfermeras registradas, médicos o enfermeras parteras certificadas.

Para obtener más información sobre el beneficio de las clases de preparación para el parto, comuníquese con Servicios para Miembros.

Medicamentos administrados por un profesional de la salud

Cubrimos los medicamentos y productos biológicos, administrados por un 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 PA.

Visitas de atención médica para pacientes externos

La atención médica incluye servicios para diagnosticar, tratar y mantener condiciones de salud. Cubrimos visitas en centros de salud comunitarios y en el consultorio de Proveedores de Tufts Health Direct para Atención Primaria o servicios de especialidad. Estos servicios son proporcionados por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Tenga en cuenta que los servicios de Proveedores fuera de nuestra Red no están cubiertos y usted será responsable del pago total. Para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, comuníquese con Servicios para Miembros al **888-257-1985** o visite tuftshealthplan.com/memberlogin.

Fórmulas médicas

Cubrimos las fórmulas médicas y los alimentos bajos en proteínas para tratar determinadas condiciones, incluyendo:

- Fórmulas médicas especiales aprobadas por el Department of Public Health de Massachusetts y Médicamente Necesarias para tratar condiciones como homocistinuria, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, fenilcetonuria, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica o tirosinemia.
- Fórmulas enterales necesarias para uso domiciliario y Médicamente Necesarias para tratar la malabsorción causada por condiciones como la enfermedad de Crohn, la pseudoobstrucción intestinal crónica, el reflujo gastroesofágico, los problemas de motilidad gastrointestinal, la colitis ulcerosa o los trastornos hereditarios de aminoácidos y ácidos orgánicos.
- Productos alimenticios bajos en proteínas Médicamente Necesarios para el tratamiento de trastornos hereditarios de aminoácidos y ácidos orgánicos (disponibles para comprarle directamente a un distribuidor).

Asesoramiento nutricional

Cubrimos el asesoramiento nutricional, que puede requerir PA. Esto incluye diagnóstico, servicios terapéuticos y de asesoramiento proporcionados por un dietista o nutricionista profesional registrado para el control de enfermedades. El asesoramiento nutricional incluye una evaluación inicial del estado nutricional, seguido por visitas planificadas de intervenciones nutricionales para tratar enfermedades médicas.

Cirugía para Pacientes Externos

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos y los servicios de anestesia relacionados que se realicen en un centro de cirugía para Pacientes Externos, en el quirófano de un Hospital o en el consultorio de un Proveedor. Algunos procedimientos pueden requerir PA.

Control del dolor

En cumplimiento de las leyes de Massachusetts, cubrimos servicios y medicamentos para el control del dolor, como alternativas a los opioides.

Los servicios incluyen, entre otros, los siguientes:

- Acupuntura
- Asesoramiento nutricional
- Fisioterapia
- Manipulación de columna y medicina quiropráctica

Los medicamentos incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Es posible que se requiera PA para estos servicios.

Podología

Cubrimos servicios de podología no rutinarios proporcionados por un Podólogo licenciado. 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.

Servicios de Atención Preventiva de la Salud

La Atención Preventiva de la Salud incluye exámenes de detección, chequeos y asesoramiento de rutina para prevenir enfermedades y otros problemas de salud. Cubrimos estos servicios sin ningún Costo Compartido, según lo exige la Ley de Asistencia Asequible. A continuación, se indican algunos Servicios de Atención Preventiva de la Salud comunes. Para obtener una lista completa y actualizada, visite tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services.

Nota: es posible que algunos análisis o exámenes de laboratorio solicitados por un Proveedor durante una visita de rutina no califiquen como Servicios Preventivos y podrían estar sujetos a Costos Compartidos. Cualquier atención de seguimiento que se considere Medicamento Necesaria después 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, análisis de sangre, análisis de orina y otros exámenes recomendados
- Examen auditivo del recién nacido antes del alta
- Atención a Hijos recién nacidos y Adoptivos con defectos congénitos o nacimiento prematuro

- Exámenes físicos regulares y evaluaciones del desarrollo en intervalos específicos
- Exámenes físicos anuales y exámenes de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para niños de 6 años en adelante, incluyendo exámenes de la vista y la audición

Para adultos

- Asesoramiento nutricional y educación sobre salud
- Exámenes médicos de rutina y análisis de laboratorio y radiografías relacionados (una vez por Año del Plan)
- Vacunaciones preventivas recomendadas
- Exámenes y procedimientos preventivos de rutina (por ejemplo, colonoscopias de detección)

Para mujeres, incluyendo a las mujeres embarazadas

- Mamografías iniciales para mujeres de entre 35 y 40 años, y mamografías de detección anuales para mujeres de 40 años en adelante
- Análisis de laboratorio para cuidados prenatales de rutina
- Procedimientos voluntarios de esterilización
- Servicios de lactancia, bombas para los senos y suministros relacionados
- Asesoramiento y apoyo a la lactancia
- Anticonceptivos con o sin receta mencionados en nuestro Formulario
- Cuidado prenatal
- Exámenes ginecológicos de rutina, incluyendo las pruebas de Papanicolaou una vez por Año del Plan

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 Planificación Familiar

Cubrimos Servicios de Planificación Familiar, incluyendo:

- Orientación sobre anticonceptivos
- Exámenes de diagnóstico
- Consultas médicas
- Exámenes de embarazo
- Anticonceptivos con y sin receta aprobados por la FDA
- Exámenes médicos de rutina

Servicios de asesoramiento para dejar de fumar

Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar/el tabaco, incluyendo asesoramiento individual, grupal y telefónico según las pautas actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Además, Tufts Health Direct cubre agentes recetados y agentes genéricos de venta libre para dejar de fumar, cuando se los recete su PCP.

Telehealth

Ofrecemos la cobertura de los Servicios Cubiertos que son apropiados para proporcionarse por teléfono, video u otro tipo de tecnología. Ejemplos comunes incluyen, entre otros, ver a su PCP o Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) a través de un portal de video coordinado por el Proveedor.

Cuidado de la vista

Ofrecemos cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina para Miembros de 19 años en adelante una vez cada 24 meses. Para los Miembros menores de 19 años de edad, se cubren exámenes oftalmológicos de rutina cada 12 meses. Para obtener cobertura para estos servicios, debe visitar a un Proveedor de la Red EyeMed Vision Care Select. Puede encontrar proveedores de EyeMed Select llamando a EyeMed al 866-504-5908 o visitando <https://eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/tuftsac/es/>.

Los Miembros con diabetes son elegibles para exámenes de la vista de rutina cada 12 meses y les recomendamos enfáticamente que aprovechen este beneficio.

Además, los anteojos están cubiertos para los Miembros menores de 19 años. Para obtener información más detallada sobre la cobertura de la vista, consulte la Lista de Beneficios.

Nota: "menores de 19 años de edad" refiere al último Día del mes en que un Miembro cumple los 19 años.

Reembolso de programas para bajar de peso

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

Un programa calificado para bajar de peso es aquel que se realiza o no en un Hospital y se centra en la pérdida de peso mediante la modificación de hábitos. El programa requiere la participación en asesoramiento conductual y estilo de vida con profesionales de la salud certificados, como nutricionistas, dietistas registrados o fisiólogos del ejercicio. Las sesiones de asesoramiento se pueden realizar en persona, por teléfono o en línea.

No cubrimos sesiones individuales de asesoramiento nutricional, tarifas iniciales únicas, comidas empaquetadas, libros, videos, básculas u otros artículos o suministros relacionados con la pérdida de peso.

Para ser elegible para un reembolso, debe ser Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar activamente en un programa calificado para perder peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso del programa para bajar de peso una vez por Año del Plan.

Para solicitar un formulario de reembolso, llámenos al **888-257-1985**. O visite <https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-weight-loss-reimbursement>

Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) cubiertos

Es posible que algunos servicios requieran Autorización Previa. Los Servicios intermedios y para Pacientes Hospitalizados requieren notificación y realizaremos una revisión de UM concurrente. Para obtener más detalles, consulte la página 16. No se requiere Autorización Previa para:

- Servicios de Emergencia
- Terapias de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Externos
- Servicios para Pacientes Externos con trastorno por consumo de sustancias

Para obtener información sobre los servicios disponibles de este beneficio, llame al Departamento de Salud Conductual del Tufts Health Direct Plan al **888-257-1985**. También puede ver las Pautas de Necesidad Médica en nuestro sitio web: <https://tuftshealthplan.com/provider/resource-center/resource-center#?d=1a41c0|39dfde|845238|401109|c32f08&c=d64b83>

Servicios de Salud Conductual para Pacientes Externos

Cubrimos los servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) con Profesionales de Salud Mental Licenciados. Estos servicios se pueden brindar en persona o a través de telehealth en:

- Un Hospital con licencia
- Una clínica de salud mental o para tratar el consumo de sustancias con licencia otorgada por el Department of Public Health de Massachusetts
- Un centro comunitario de salud mental público
- Un centro comunitario de Salud Conductual (CBHC)
- Un consultorio de un Profesional de Salud Mental Licenciado
- Servicios en el hogar prestados por un profesional licenciado que actúa dentro del ámbito de su licencia

Los servicios biológicos y no biológicos para Pacientes Externos se prestan sin límites anuales, de por vida o de visitas, unidades o Días.

Los servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para Pacientes Externos incluyen:

- Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado o por un PCP durante un examen físico de rutina
- Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés).
- Orientación comunitaria en caso de crisis
- Evaluación de diagnóstico
- Terapia electroconvulsiva
- Consultas de caso y familia
- Orientación individual, grupal y familiar
- Servicios de administración de medicamentos
- Servicios de tratamiento con narcóticos
- Evaluación neuropsicológica y exámenes psicológicos
- Atención psiquiátrica colaborativa por parte de un equipo de atención primaria en colaboración con un consultor psiquiátrico
- Entrenadores de recuperación y especialistas pares si forman parte de un programa de tratamiento de Salud Conductual con licencia

Servicios intermedios de Salud Conductual

Cubrimos servicios intermedios para trastornos de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), según lo define la ley de Massachusetts. Estos servicios son más intensivos que los servicios para Pacientes Externos, pero menos intensivos que los Servicios para Pacientes Hospitalizados. Los ejemplos incluyen:

- Tratamiento residencial agudo
- Servicios de desintoxicación controlada clínicamente
- Servicios comunitarios de estabilización de crisis (CCS, por sus siglas en inglés)
- Intervención móvil en caso de crisis juvenil y de adultos (AMCI y YMCI, por sus siglas en inglés)
- 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

Servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos servicios de intervención clínica las 24 horas para diagnósticos de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) prestados en:

- Un centro que esté bajo la dirección y la supervisión del Department of Mental Health
- Un Hospital con licencia
- Un Hospital privado de salud mental con licencia del Department of Mental Health
- Un centro para tratar el consumo de sustancias con licencia del Department of Public Health de Massachusetts

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 mencionados anteriormente, se ofrecen servicios adicionales a los niños y adolescentes hasta los 19 años, y a sus padres/cuidadores cuando sean Médicamente Necesarios.

Tratamiento agudo basado en la comunidad (CBAT, por sus siglas en inglés)

Los servicios de CBAT se prestan en un entorno seguro para el personal las 24 horas del día. El personal clínico garantiza la seguridad del niño o adolescente y proporciona servicios terapéuticos intensivos. Estos servicios pueden usarse como una alternativa a los Servicios para Pacientes Hospitalizados o como una transición de estos.

Tratamiento intensivo agudo basado en la comunidad (ICBAT, por sus siglas en inglés)

Los servicios de ICBAT son los mismos que los de CBAT, pero con mayor frecuencia y personal más intensivo. Los programas de ICBAT pueden tratar Miembros con presentaciones clínicas similares a los servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados, pero que son capaces de proporcionar atención en forma segura y en un entorno libre. El ICBAT no se usa como una colocación en un nivel inferior después del alta de un entorno de encierro las 24 horas.

Intervención móvil en caso de crisis juvenil (YMCI)

YMCI 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.

Servicios conductuales a domicilio

Estos servicios proporcionan una combinación de terapia de control conductual y de monitoreo del control conductual. La terapia de control conductual puede incluir orientación y ayuda a corto plazo. Los servicios se prestan en el lugar de residencia del niño.*

Servicios de terapia a domicilio

Estos servicios proporcionan intervención clínica terapéutica o capacitación continua Médicamente Necesarias, así como apoyo terapéutico. Los servicios se prestan en el lugar de residencia del niño.*

Coordinación de cuidados intensivos (ICC, por sus siglas en inglés)

La ICC ofrece servicios de administración de casos dirigidos a niños y adolescentes con trastornos emocionales graves, incluyendo las condiciones concurrentes. Los servicios de ICC trabajan para satisfacer las necesidades médicas, de Salud Conductual y psicosociales del Miembro y su familia. La ICC se proporciona en un consultorio, en el hogar o en otros entornos.

Apoyo y capacitación familiar

Servicios proporcionados a un padre u otro cuidador de un niño para mejorar su capacidad para trabajar con sus necesidades emocionales o conductuales. Los servicios se prestan en el lugar de residencia del niño.*

Servicios de asesoramiento terapéutico

Servicios proporcionados para apoyar el funcionamiento social apropiado para la edad de un niño. Los servicios se prestan en el lugar de residencia del niño.*

Nota: esto incluye el hogar del niño, un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario.

Servicios para el trastorno del espectro autista (TEA)

Cubrimos el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. Esto incluye:

- Valoraciones, evaluaciones, pruebas genéticas u otras pruebas para diagnosticar si una persona padece uno de los trastornos del espectro autista.
- Servicios profesionales proporcionados por Proveedores del Plan
- Servicios de rehabilitación y Habilidad, incluyendo, entre otros, el análisis aplicado del comportamiento
- Cobertura de medicamentos recetados

No hay cobertura para los servicios relacionados con los trastornos del espectro autista proporcionados en el marco de un Programa Educativo Individualizado (PEI)

Servicios de Salud Conductual adicionales

Cubrimos servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Externos, intermedios y para Pacientes Hospitalizados de Salud Conductual para diagnosticar y tratar trastornos mentales. Entre estos se incluyen:

- Todos los otros trastornos mentales biológicos
- Trastornos mentales o emocionales relacionados con la violación
- Todos los otros trastornos mentales no biológicos

Ley de Paridad en la Salud Mental

Cumplimos con las leyes federales y de Massachusetts sobre paridad en la salud mental. Esto significa que los Copagos, Coaseguros, Deducibles o límites de unidades de servicio no son mayores para los servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) que los requeridos para los servicios médicos o quirúrgicos.

Medicamentos y suministros recetados

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. Para surtir una receta, asegúrese de que la receta la escriba un Proveedor Dentro de la Red, excepto en casos de atención de Emergencia.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos y recetas. Algunos medicamentos 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.

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**.

Programa de medicamentos que requieren Autorización Previa

Restringimos la cobertura de ciertos medicamentos que tienen una indicación de uso limitado, que pueden plantear problemas de seguridad o que son muy costosos. Requerimos Autorización Previa para dichos medicamentos. Nuestro Formulario indica si un medicamento requiere Autorización Previa.

Si no aprobamos la solicitud de Autorización Previa, usted o su Representante Designado pueden apelar la decisión. Para obtener más información, consulte la sección "Cómo resolver inquietudes" que comienza en la página 55.

Formulario

Usamos un Formulario, también conocido como 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 llámenos al **888-257-1985**.

Programa de terapia escalonada

La terapia escalonada es un tipo de Programa de Autorización Previa que utiliza un enfoque gradual. Requiere el uso de los agentes terapéuticamente más apropiados y rentables primero, antes de que se puedan cubrir otros medicamentos. En primer lugar, los Miembros deben probar uno o más medicamentos en un escalón inferior para tratar cierta condición médica, antes de que cubramos un medicamento en un escalón superior para dicha condición. Si la recomendación de su Proveedor es que los medicamentos de escalones más bajos no son los indicados para su condición de salud, y que los de escalones más altos son Medicamento Necesarios, entonces su Proveedor puede presentar una solicitud de aprobación. Si no la aprobamos, usted o su Representante Designado pueden apelar la decisión.

Límites en cuanto a cantidad

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 vez. Su Proveedor puede pedir nuestra aprobación si usted necesita más que la cantidad que cubrimos. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras Pautas de Necesidad Médica si hay una razón médica por la que necesita esta cantidad.

Si surte una cantidad inferior a la recetada de una sustancia opioide controlada de categoría 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 (treinta) Días
- Se usan para el manejo de una condición crónica a largo plazo

Limitación: la sincronización de medicamentos se limita a una por Año del Plan y por medicamento de mantenimiento recetado.

Medicamentos recetados excluidos: entre los medicamentos recetados excluidos de este programa se incluyen, entre otros, 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 que 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 de distribución limitada

Los medicamentos de distribución limitada tratan condiciones complejas y solo están disponibles en determinadas farmacias. Algunos medicamentos de distribución limitada se limitarán a un suministro de 30 Días. La Lista de medicamentos recetados indicará cuándo un medicamento de distribución limitada está limitado a un suministro de 30 Días.

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 Autorización. 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 la seguridad y eficacia de los medicamentos nuevos 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 la aprobamos, usted o su Representante Designado 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 dicha 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 ha recibido aprobación para el tratamiento cubierto de infertilidad (consulte la sección "Servicios de infertilidad" a partir de la página 32).
- 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 agentes 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 (TRH) para mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas
- Jeringas o agujas hipodérmicas cuando sean Medicamento Necesarias

Según la ley de Massachusetts, los medicamentos opioides incluidos en las listas de sustancias controladas de categorías II y 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 a la recetada de una sustancia opioide controlada de categoría 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, "Categorías II y III de medicamentos opioides".

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, 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 Costos Compartidos más elevado.

Exclusiones

No cubrimos lo siguiente:

- Medicamentos no incluidos en el Formulario
- Medicamentos que no están en el Formulario, excepto cuando se aprueben mediante el proceso de excepción del Formulario.
- Medicamentos que no son Medicamento Necesarios para Atención Preventiva o para el tratamiento de enfermedades, lesiones o embarazos.
- Medicamentos que exceden las limitaciones de cobertura impuestas por el Plan. (Pueden establecerse limitaciones sobre la cantidad de un medicamento cubierto; las condiciones médicas para las que se puede prescribir; o si se debe probar primero otro medicamento).
- 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 que 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, tanto por su seguridad como por su eficacia, (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).
- Agentes de vacunación: estos se pueden proveer según lo descrito anteriormente bajo la Atención Preventiva de la Salud, en este capítulo. Es posible que haya otras vacunas accesibles en la farmacia, sin Costos Compartidos y cubiertas por el beneficio médico
- Artículos sin receta o suministros médicos distintos de los que se indican como cubiertos en la sección "Medicamentos cubiertos y farmacias", o incluidos como cubiertos en el Formulario. 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.

- Medicamentos que se le proporcionen en cualquier lugar que no sea una farmacia para Pacientes Externos. Es posible que ciertos medicamentos estén cubiertos como beneficio no farmacéutico, por ejemplo, medicamentos de infusión o inyectables, que están cubiertos bajo sus beneficios médicos
- Medicamentos recetados como parte de un plan de tratamiento que no cubrimos
- 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 dietéticos (excepto aquellos que figuran en el Formulario como cubiertos).
- 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 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

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 determinaremos si la 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 67, 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 que no está en el Formulario, dicho 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 postal, envíe su Apelación por escrito a:

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

Consulte "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 se encuentra 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/> 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 expire. 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 la Red podrían ser reembolsables. Los ejemplos incluyen:

- Traslado de Emergencia en ambulancia
- Especialistas en salas de Emergencia
- Radiólogos, patólogos y anestesiólogos que trabajen en Hospitales Dentro de la Red

Usted no es responsable de pagar más que el monto de su Costo Compartido Dentro de la Red por los Servicios Cubiertos. Antes de pagar la factura, comuníquese con Servicios para Miembros al **888-257-1985**.

Si paga la factura, envíenos la siguiente información:

- Un Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos completado y firmado. Haga clic en el siguiente enlace o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener el formulario
- 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 el pago

Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros:

<https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/thpp-member-reimbursement>

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

Tenga en cuenta lo siguiente: usted debe comunicarse con Tufts Health Plan con respecto a sus facturas, o enviar sus facturas 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. Las solicitudes de reembolso por medicamentos deben presentarse dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio.

La mayoría de las solicitudes de reembolso completas 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.

Servicios no cubiertos

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

- Masoterapia
- 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.
- Cuidado de Custodia
- 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, incluyendo, 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 de 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 requeridos 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 en 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 el VIH/SIDA

Nota: si el tratamiento es Experimental o en Investigación, no pagaremos los tratamientos relacionados que provistos al Miembro con el propósito de suministrar el tratamiento Experimental o en Investigación.

- No cubrimos el costo de servicios (incluyendo programas con pago de matrícula) que ofrezcan actividades de desarrollo educativo, vocacional, recreativo o personal, incluyendo, entre otras, las escuelas terapéuticas, campamentos, programas al aire libre o de rancho, programas de deportes o mejora del rendimiento, spa/centros vacacionales, orientación de liderazgo o conductual, o bien Outward Bound.
- Proveeremos cobertura para servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Médicamente Necesarios para Pacientes Externos o intermedios provistos por Profesionales de Salud Mental Licenciados, mientras el Miembro esté en un programa con pago de matrícula, sujeto a las reglas del Plan, incluyendo cualquier requisito o Costo Compartido de la Red.
- Podología/cuidado de rutina de los pies, excepto como se menciona en el beneficio de podología de la página 35.
- Enfermería privada (enfermería sin interrupciones o por turno)
- Audífonos para Miembros mayores de 21 años (consulte la Lista de Beneficios 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 la incontinencia urinaria
- Estimuladores neuromusculares y suministros relacionados
- Servicios de Proveedores Fuera de la Red, a menos que otorguemos una Autorización Previa (excepto por servicios de Emergencia, que nunca requieren Autorización Previa)
- Artículos de comodidad personal, como acondicionadores y purificadores de aire, elevadores para sillas, deshumidificadores, radios, teléfonos y televisores
- Reversión de esterilización voluntaria
- El cobro de un Proveedor por envío y manipulación, o copia de registros
- Medicamentos, dispositivos, tratamientos y procedimientos que no han demostrado ser médicamente eficaces
- Atención de rutina, incluyendo el cuidado prenatal de rutina, cuando está fuera del Área de Servicio
- Servicios de vehículos silla
- Costos asociados a los partos en el hogar; 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 o bajo la dirección de un Proveedor de Tufts Health Direct, excepto por 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 el Plan de Tufts Health Direct pueda llevar a cabo determinaciones concurrentes de la Necesidad Médica continua para una persona
 - Programas que solo proveen 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 ser 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 Medicamento 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 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?
Tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por hacerse su control anual	Los Miembros pueden ganar una tarjeta de regalo de \$25 para compras en supermercados por hacerse un control anual.	<ul style="list-style-type: none"> • Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario para que lo complete o • Puede descargar el formulario en https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form. • Complete la sección Información para Miembros del formulario. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si completa el formulario de un Hijo, utilice el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del niño. ○ Complete un formulario por cada Miembro. • Haga una copia del formulario y guárdela. • Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a: <p>Tufts Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 524 Canton, MA 02021 Fax 857-304-6300</p> <p>Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.</p> <p>Nota: debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando se haga el control anual y cuando procesemos su formulario.</p>

EXTRAS	¿Qué es?	¿Cómo conseguirlo?
<p>Tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por controlarse la diabetes</p>	<p>Si tiene diabetes, queremos ayudarlo a controlarla. Le daremos una tarjeta de regalo de \$25 para supermercados por hacerse 5 controles de rutina de la diabetes en 1 año calendario: 1 examen de la vista, 2 exámenes de azúcar en sangre (HbA1c), 1 examen de proteínas y 1 examen de colesterol (LDL).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario con una lista de exámenes que debe hacerse, o • Descargue el formulario en https://tuftshhealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form. • Complete la sección Información para Miembros de este formulario. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si completa el formulario de un Hijo, utilice el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del niño. ○ Complete un formulario por cada Miembro. • Haga una copia del formulario y guárdela. • Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a: <p style="margin-left: 20px;">Tufts Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 524 Canton, MA 02021 Fax 857.304.6300</p> <p>Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.</p> <p>Nota: debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando se haga el control de la diabetes y cuando procesemos su formulario.</p>

EXTRAS	¿Qué es?	¿Cómo conseguirlo?
<p>Tarjetas de regalo para sillas elevadoras y de auto</p>	<p>Los Miembros pueden ser elegibles para recibir una tarjeta de regalo de \$25 para comprar una silla elevadora y una tarjeta de regalo de \$50 para comprar una silla convertible para auto, un año después, siempre y cuando su Hijo sea Miembro de Tufts Health Plan. Puede obtener hasta dos tarjetas de regalo durante su membresía. Podrá recibir la recompensa si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene 28 semanas de embarazo o más • Tiene un Hijo de entre 0 y 8 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario para que lo complete o • Descargue el formulario en https://tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-car-seat-form • Complete la sección Información para Miembros del formulario. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si completa el formulario de un Hijo, utilice el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del niño. ○ Complete un formulario por cada Miembro. • Haga una copia del formulario y guárdela. • Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a: <p>Tufts Health Plan Attn: Claims Department P.O. Box 524 Canton, MA 02021</p> <p>Fax 857.304.6300</p> <p>Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.</p> <p>Nota: debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando solicite este EXTRA y cuando procesemos su formulario.</p>

Gestión de la atención

La Gestión de la Atención (CM, por sus siglas en inglés) le ayuda a mantenerse sano y a mejorar su salud. Nuestros servicios de CM pueden incluir ayudas con las citas, brindar información de salud y coordinar la atención con sus proveedores. Aunque la Gestión de la Atención es una ayuda, no reemplaza la atención de su PCP ni de otros proveedores.

Para obtener más información sobre nuestros programas de CM, lea las siguientes secciones. 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.

Programa de Salud Materno infantil

Colaboramos estrechamente con usted y sus Proveedores para garantizar que reciba atención durante el embarazo. También podemos ayudar a coordinar la atención que necesita después del parto. Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos disponibles para los Miembros expectantes, consulte la página 33.

Gestión de la atención integrada

La Gestión de la Atención Integrada (ICM, por sus siglas en inglés) es un modelo de atención centrado en sus necesidades específicas. Nuestros trabajadores de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias), médicos y de salud comunitaria colaboran estrechamente para proporcionarle la atención que necesita. Nuestro equipo puede ayudarlo con asuntos sociales, financieros y de cuidado de la salud.

El ICM es útil en situaciones complejas, como la salud mental, el consumo de sustancias, las discapacidades físicas o las condiciones de salud especiales (por ejemplo, embarazos de alto riesgo, cáncer, VIH/SIDA).

Gestión de la atención de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias)

Ofrecemos una amplia gama de servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) para apoyar su bienestar. Nuestros expertos licenciados pueden:

- Informarle sobre los servicios comunitarios
- Supervisar el progreso de su tratamiento
- Colaborar con sus Proveedores para la planificación del alta
- Revisar sus necesidades de atención continua

Le ayudamos a garantizar que reciba la mejor atención mientras trabajamos para

- Mejorar su salud y el bienestar de su familia
- Coordinar la atención entre sus Proveedores
- Involucrarlo en la planificación del tratamiento
- Garantizar una atención ininterrumpida durante los cambios de Proveedor o de Plan
- Facilitar el acceso oportuno al nivel adecuado de atención de Salud Conductual.

También proporcionamos Gestión de la Atención de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) si usted

- Necesita ayuda después de un diagnóstico de salud mental nuevo o consumo de sustancias
- Tiene dificultades para controlar una condición de Salud Conductual
- Tiene múltiples admisiones por problemas de Salud Conductual
- Tiene dificultades para obtener servicios comunitarios
- Sufrió un acontecimiento catastrófico
- Necesita coordinación entre múltiples agencias para diversas necesidades o consideraciones culturales

Transición de la atención (ToC, por sus siglas en inglés)

Cuando salga de un centro de atención 24 horas, nuestro equipo de atención le ayudará con la transición de sus necesidades de atención. Esta es la atención que necesita para seguir mejorando en su hogar. Nuestro equipo de atención trabajará con Proveedores para asegurarse de que reciba los servicios que necesite cuando los necesite.

El plan de ToC incluye:

- Coordinar sus necesidades de atención con sus Proveedores, como, por ejemplo, programar citas de seguimiento oportunas
- Revisión de medicamentos

- Desarrollar un plan para ayudarlo a obtener los servicios que necesita
- Proveerle información educativa sobre su condición, sus medicamentos y el control de su enfermedad

Gestión de la Atención Compleja (CCM, por sus siglas en inglés)

Nuestro Programa de Gestión de la Atención Compleja está destinado a Miembros con problemas de salud complejos. Si tiene uno o varios problemas de salud que son difíciles de controlar, podemos ayudarlo. Pueden ser de naturaleza médica o de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias). Contamos con un equipo de profesionales dedicados al cuidado de la salud que pueden ayudarlo a estar y mantenerse saludables. También pueden ayudarlo a eliminar las barreras que le impiden recibir atención médica.

Los Miembros con las siguientes condiciones pueden beneficiarse de nuestros servicios de CCM:

- 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 depresivo 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

Control de enfermedades

Nuestros gerentes de atención pueden ayudarlo con el control de enfermedades como el asma, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la insuficiencia cardíaca.

Le ofrecemos información y herramientas para ayudarlo a comprender mejor su enfermedad. Al trabajar con sus Proveedores, podemos ayudarlo a evitar visitas a la sala de Emergencias. Le explicamos por qué son importantes ciertas pruebas y podemos llamarle para recordarle sus análisis de laboratorio anuales y sus citas con su PCP.

Si cumple con los criterios para recibir atención médica a domicilio, podría recibir servicios de parte de una enfermera a domicilio. También contamos con trabajadores de salud comunitarios (CHW, por sus siglas en inglés) especializados que pueden ayudar a proporcionar educación y recursos.

Salud comunitaria

La salud comunitaria es el bienestar de las personas de una comunidad. El Programa de Servicios de Salud Comunitaria conecta a los Miembros con trabajadores de salud comunitarios. Los CHW son trabajadores de salud pública certificados que comprenden las comunidades a las que sirven. Ayudan de distintas maneras:

Los CHW se destacan porque:

- Son elegidos por conocer bien a sus comunidades
- Dedican tiempo a ayudar a las comunidades
- Tienen experiencia trabajando en comunidades
- Ayudan a las personas a superar los obstáculos de la atención
- Brindan ayuda directa, como al hablar y coordinar la atención
- Brindan educación solidaria y cultural para el bienestar de la comunidad
- Comparten información de salud para ayudar a la comunidad
- Actúan como puentes entre personas, comunidades y servicios
- Conectan a los Miembros con grupos locales para obtener los servicios que necesitan
- Defienden las necesidades comunitarias e individuales

Gestión de Calidad

Estamos comprometidos con garantizar que reciba cuidado de la salud de alta calidad en el lugar correcto, en el momento correcto, con los mejores resultados posibles.

Elaboramos nuestra descripción del Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad (QMIPD, por sus siglas en inglés) anualmente. La QMIPD incluye lo siguiente:

- Una descripción de nuestros Programas de Gestión de Calidad
- 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 la satisfacción con respecto al acceso a los servicios
- Objetivos claros centrados en la diversidad de nuestros Miembros y en las personas con necesidades de salud complejas

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

- Comprender en profundidad los rasgos sociales, lingüísticos, morales, intelectuales y conductuales de una comunidad o población
- Utilizar esta comprensión para mejorar la efectividad de la prestación de cuidado de la salud a grupos diversos

Nuestro compromiso por brindar cuidado de la salud asequible y de alta calidad queda claro en nuestra calificación NCQA. Estamos entre los mejores Planes de salud, reconocidos por nuestra calidad y la satisfacción de los Miembros.

Estamos acreditados por NCQA desde 1994. De 1999 a 2019, nuestros productos alcanzaron el estatus de acreditación "Excelente" del NCQA, que es el logro más alto posible. Con un cambio de criterios en 2020, la acreditación "Excelente" pasó a ser "Acreditado". Nuestros productos HMO/POS y PPO ahora tienen el nivel "Acreditado".

La acreditación actual es válida desde 2021. Nuestra próxima revisión de acreditación NCQA será en 2024.

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. Puede realizar una Consulta en cualquier momento. Resolveremos su Consulta de inmediato o dentro de los tres días hábiles posteriores a su recepción. Le informaremos del resultado el mismo Día que lo resolvamos.

Quejas

Tiene derecho a presentar una Queja si no está satisfecho con algo que hayamos hecho o no hecho. Investigaremos la situación y la resolveremos. Nota: puede presentar una Apelación sobre cualquier denegación de sus beneficios. Consulte la siguiente sección para obtener más detalles.

Puede presentar una Queja en cualquier momento. Las razones pueden ser:

- Mala calidad de la atención o los servicios
- Descortesía por parte de un Proveedor o uno de nuestros empleados
- Falta de respeto a sus derechos por parte de un Proveedor o uno de nuestros empleados
- Prórroga para que decidamos sobre una Autorización o Apelación
- Decisión de no agilizar una solicitud de Apelación Interna Estándar

Su Representante Designado (o simplemente, Representante) puede presentar una Queja por usted. Puede nombrar a un Representante Designado enviándonos un Formulario de Representante Designado de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un formulario en línea o llamando a Servicios para Miembros. Consulte los detalles a continuación.

Tiene 30 días entre el momento en que un Representante puede presentar una Queja por usted y el momento en que recibimos el formulario. De lo contrario, desestimaremos la Queja.

Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante Designado 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 postal: envíe una 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 y tuftshealthplan.com/memberlogin.

Fax: envíe 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 Miembros: 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 que recibimos su Queja, mediante el envío de una notificación por escrito
- Se le proporcionará a usted o a su Representante 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. Esta respuesta incluirá la información que hemos tenido en cuenta y explicará nuestra decisión.
- Proveeremos servicios de intérprete, de ser necesarios

Apelaciones

Usted, su Proveedor o su Representante tienen derecho a solicitar una Apelación Interna Estándar si está en desacuerdo con cualquier rechazo basado en sus beneficios o Necesidad Médica (Determinación Adversa). Tiene **180 Días** para solicitar una Apelación Interna Estándar. Le alentamos a actuar lo antes posible.

Cómo solicitar una Apelación Interna Estándar

Usted o su Representante 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 postal:** envíe una solicitud de Apelación Interna Estándar por correo, junto con una copia de cualquier notificación 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" (Comuníquese con nosotros) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com y 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 Miembros:** acceda a su portal seguro en línea en <https://members.tufts-health.com/thp/portal/members/login> para presentar una Apelación por vía electrónica

Le haremos saber que recibimos su Apelación Interna Estándar mediante una notificación por escrito enviada en un plazo de 15 días a partir de la recepción.

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

Puede nombrar a un Representante Designado enviándonos un Formulario de Representante Designado de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un Formulario llamando al equipo de Servicios para Miembros al **888-257-1985**. También puede encontrar este formulario en línea.

Si alguien intenta presentar una Apelación Interna Estándar por usted sin que tengamos un Formulario de Representante Designado archivado, le informaremos por escrito que se ha realizado una solicitud. Incluiremos el formulario para que usted lo firme y lo envíe. No tomaremos más medidas hasta que recibamos el formulario firmado. Si no recibimos el formulario, desestimaremos la solicitud.

Continuidad de servicios durante el proceso de Apelación

Si su Apelación tiene relación con la cancelación de Servicios Cubiertos en curso, continuaremos la cobertura hasta que concluya el proceso de Apelación Interna. Usted o su Representante deben solicitar la Apelación de manera oportuna. Usted es responsable de los Costos Compartidos relacionados. Solo los servicios autorizados originalmente por nosotros y que no se cancelaron en virtud de una exclusión específica relacionada con períodos o episodios seguirán estando cubiertos.

Plazo para la Apelación Interna Estándar

Revisaremos y decidiremos sobre su Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibamos su 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.

Cualquier Apelación sobre la que no actuemos adecuadamente dentro de los plazos especificados se resolverá a su favor.

Hay situaciones en las que podemos revisar una Apelación de manera rápida. Cada situación tiene un plazo de tiempo determinado en el que debemos decidir:

- Si es paciente en un Hospital: debemos emitir una decisión antes de que le den el alta
- Si solicita Equipo Médico Duradero: debemos emitir una decisión en un plazo de 48 horas o menos cuando el Proveedor especifique un plazo razonable
- Si tiene una Enfermedad Terminal: debemos emitir una decisión en un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la Apelación

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. Tiene derecho a revisar el expediente de su caso. El expediente de su caso incluye los documentos que tuvimos en cuenta durante el proceso de Apelación.

Apelación Interna Expedita

Usted o su Representante puede solicitar una Apelación Interna Expedita sobre una Determinación Adversa 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

Usted, su Proveedor o su Representante pueden solicitarnos una Apelación Interna Expedita de forma verbal, escrita o en persona. Puede solicitar esto en lugar de solicitar una Apelación Interna Estándar.

Si un Proveedor nos informa por escrito que un retraso en la recepción del servicio o suministro solicitado causaría un riesgo de daño considerable para usted, revertiremos 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 Expedita.

Si usted o su Representante envían la solicitud, un médico la revisará para decidir si se cumplen los criterios para una Apelación Expedita. Se le notificará la decisión dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la revisión.

Usted o su Representante también puede solicitar una Revisión Externa Expedita a la Office of Patient Protection (OPP). Puede solicitar esto al mismo tiempo que pide una Apelación Interna Expedita. Para obtener más información, consulte las secciones sobre Revisiones Internas Expeditas, a partir de la página 57.

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 informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la misma.

Usted o el Proveedor que emitió la receta puede solicitar un proceso de excepción expedita para medicamentos recetados basado en circunstancias Apremiantes. Le informaremos a usted y a su Proveedor que emitió la receta nuestra decisión a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud.

Notificación 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 Expeditas, le enviaremos una carta con la decisión por correo certificado o registrado en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la fecha en que se toma la decisión.

Para las Determinaciones Adversas, esta notificación incluirá una explicación clínica de la decisión y además:

- 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 sus opciones para seguir apelando nuestra decisión, por ejemplo, los procedimientos para solicitar una Revisión Externa y una Revisión Externa Expedita

Proceso de Revisión Externa

Si recibe una Determinación Adversa Definitiva de nuestra parte, puede solicitar una Revisión Externa de Office of Patient Protection (OPP). Puede solicitar una Apelación Interna Expedita y una Apelación Externa Expedita al mismo tiempo. Usted o su Representante debe 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 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

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
- Resultado de nuestra emisión de 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.

Las disputas sobre pagos no son elegibles para una Revisión Externa, excepto cuando la Apelación se presenta para decidir 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 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 sobre el proceso de Revisión Externa, puede comunicarse con la OPP llamando al 800-436-7757 o por fax al 617-624-5046, 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 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, incluyendo 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 sus condiciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio
- Trabajar con su PCP, los Especialistas y otros Proveedores para tomar decisiones sobre el cuidado de su 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, 7 días a la semana
- Esperar que sus registros de cuidado de la salud 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 verbal o por escrito
- Pedir una copia de este Manual del Miembro en cualquier momento
- Recibir una notificación por escrito de los cambios importantes y finales a nuestra Red de Proveedores, incluyendo, entre otros, cancelaciones de PCP, Especialistas, Hospitales y centros que lo afectan
- Pedir y recibir copias de sus registros médicos y pedir que corriamos o enmendemos los registros de ser necesario
- Recibir los servicios que cubrimos
- 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
- 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 comprende lo que le dicen
- Participar con el PCP, los Especialistas y otros Proveedores para comprender 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 su PCP o Proveedor de Salud Conductual (salud mental o trastorno por consumo de sustancias) dentro de las 48 horas posteriores a su visita a la sala de Emergencias para recibir atención de seguimiento
- Cambiar su PCP o Proveedor de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) si no está satisfecho con su atención actual
- Expresar sus inquietudes y quejas 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

Conozca más sobre sus derechos y responsabilidades con Tufts Health Plan llamándonos 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 Cuidado de la Salud que ofrecemos
- El porcentaje de las ganancias por Primas que gastamos en Servicios de Cuidado 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 el cuidado de la salud. Algunos ejemplos de Fraude o uso indebido son los siguientes:

- Recibir facturas o beneficios por Servicios de Cuidado de la Salud que nunca recibió
- Personas que prestan su Tarjeta de Identificación de seguro de salud a otros con el fin de recibir Servicios de Cuidado de la Salud o adquirir medicamentos recetados
- Que le pidan proveer información falsa o engañosa del cuidado de su salud
- Personas que revenden suministros o equipos que se les proporcionaron como Servicios Cubiertos
- Ofrecerle algo de valor a cambio de que acepte recibir Servicios de Cuidado de la Salud

Para denunciar un posible Fraude y uso indebido del cuidado 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. No necesitamos su nombre ni información de Miembro. 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
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. Para obtener más información, consulte la sección "Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo" a partir de la página 24.

Coordinación de Beneficios

Es posible que tenga beneficios de otro Plan para cubrir los gastos del cuidado de la salud. Nuestro Programa de Coordinación de Beneficios (COB, por sus siglas en inglés) previene la duplicación del pago por los mismos Servicios de Cuidado de la Salud. Nos aseguramos de que los beneficios de los Servicios Cubiertos estén coordinados con otros planes. Determinamos qué Plan debe pagar primero cuando usted presenta una Reclamación y qué Plan debe pagar en segundo lugar. Coordinamos

beneficios para Reclamaciones de medicamentos recetados conforme a nuestro Monto Permitido de pagador secundario en todos los casos. Nuestro Programa COB sigue la ley de Massachusetts, 211 CMR 38.00 y siguientes.

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 del cuidado de su 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 cuidado 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", por sus siglas en inglés) 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
- 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 Cuidado de la Salud, suministros, medicamentos y gastos por los que pagamos o pagaremos. Este derecho a reembolso se ejerce cuando hemos provisto beneficios de cuidado de la salud para gastos cuando un Tercero es responsable y usted ha cobrado cualquier cantidad 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
- 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
- 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

Además, usted acepta:

- Notificar oportunamente y por escrito a Tufts Health Direct cuando se notifique 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 proveernos 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 Cuidado 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 costo total de todos los beneficios provistos por este Plan sin tener en cuenta ninguna Reclamación de responsabilidad de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otra manera
- 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
- Que en el caso 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 Cuidado de la Salud o medicamentos por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, tenemos derecho a cobrarle esos costos a usted, a 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, usted servirá como un fideicomisario constructivo sobre los fondos que constituyen dicho pago. No retener dichos 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 el primer 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 y tuftshealthplan.com/memberlogin.

Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores

Tufts Health Plan y los Proveedores

Nosotros coordinamos los Servicios de Cuidado de la Salud, No proporcionamos Servicios de Cuidado 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 por 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 por 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

Un **Hijo Adoptivo** es un niño adoptado legalmente por el Suscriptor o colocado en adopción con él. "Colocado en adopción" significa que el Suscriptor ha asumido la obligación legal de mantener al niño parcial o totalmente en preparación para la adopción. Si la obligación legal terminara, se considerará que el niño deja de estar colocado para adopción. Un niño en acogida también se considera un Hijo Adoptivo a partir de la fecha de presentación de la petición de adopción, según lo exige la ley estatal. Consulte también Familiar Dependiente.

Un **Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC)** es un crédito fiscal que puede utilizar para reducir su Prima mensual. El APTC se basa en sus ingresos y en los datos de su hogar. Para calificar, debe solicitar y adquirir el seguro a través de Health Connector.

Una **Determinación Adversa** es nuestra decisión de rechazar, reducir, modificar o cancelar una admisión, estadía hospitalaria continua, servicio Experimental o en Investigación o cualquier otro servicio, por no cumplir los requisitos de cobertura, basados en Necesidad Médica, adecuación de entorno de cuidado de la salud y su nivel o efectividad.

La **Ley de Asistencia Asequible (ACA)** es una ley de reforma del cuidado de la salud de Estados Unidos. El objetivo de la ACA es aumentar el acceso al cuidado de la salud. Su objetivo es ayudar a reducir costos y mejorar la calidad. También pone fin a las exclusiones por condiciones preexistentes.

El **Monto Permitido** es el precio que negociamos con los Proveedores Dentro de la Red para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros de Tufts Health Direct. Las responsabilidades de Deducible y Coaseguro se basan en el Monto Permitido.

Apelación: consulte Apelación Interna Estándar o Apelación Interna Expedita.

Autorización: consulte Autorización Previa.

Los servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) incluyen servicios de Emergencia, de hospitalización, intermedios y para Pacientes Externos de salud mental y consumo de sustancias para el tratamiento de este tipo de trastornos.

El **Monto Facturado** es el importe que cobra un proveedor por un medicamento o servicio. Este importe suele ser diferente al Monto Permitido que contratamos con nuestros Proveedores.

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 Hijo adulto Discapacitado del Suscriptor, su Cónyuge o pareja de hecho, que esté actualmente discapacitado y siga dependiendo económicamente del Suscriptor.
- Un Hijo de quien el Suscriptor, su Cónyuge o pareja de hecho es el tutor legal designado por un tribunal

Una **Reclamación** es una factura que su Proveedor nos envía para solicitarnos que paguemos por los servicios que usted recibe.

El Coaseguro es un tipo de Costo Compartido. Es un porcentaje del Monto Permitido que debe pagar por un Servicio Cubierto.

Un **Plan ConnectorCare** es un Plan no Grupal subsidiado, disponible para personas 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.

La Continuidad de la Atención es la forma en que nos aseguramos de que siga recibiendo la atención que necesita cuando su médico no está Dentro de la Red. Esto puede ocurrir si recibe atención activa cuando se convierte en Miembro por primera vez. También puede ser cuando uno de nuestros Proveedores abandona nuestra Red por motivos que no sean de calidad o Fraude.

La Coordinación de Beneficios es un programa que previene la duplicación del pago por los mismos servicios cuando tiene más de un Plan de seguro de salud.

Un **Copago** es un tipo de Costo Compartido. Es un monto fijo que puede tener que pagar por un Servicio Cubierto.

El Costo Compartido es el monto que paga por determinados Servicios Cubiertos. Los Costos Compartidos incluyen Deducibles, Copagos o Coaseguros.

Los **Servicios Cubiertos** son los servicios que cubre Tufts Health Direct. La Lista de Beneficios que incluimos en este *Manual del Miembro* incluye todos sus Servicios Cubiertos.

Un **Proveedor Sustituto** es el Proveedor nombrado por su PCP para proveer o autorizar servicios en ausencia de él; por ejemplo, fuera del horario de atención. Un Proveedor Sustituto es un Proveedor que puede ayudarlo cuando su PCP no está disponible.

La 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 (salud mental o consumo de sustancias), 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 capacitación profesional
- Mantenimiento de rutina de colostomías, ileostomías y catéteres urinarios
- Guardería pediátrica y de adultos.

Nota: la Atención de Custodia no está cubierta por Tufts Health Direct Plan.

Día significa un día calendario, a menos que se especifique que es un "día hábil".

Un **Deducible** es un tipo de Costo Compartido. Es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año del Plan, antes de que nosotros comencemos a pagar.

El **Departamento de Salud y Servicios Humanos** es el departamento del gobierno de Estados Unidos encargado de todos los programas federales relacionados con la salud y el bienestar.

Un **Familiar Dependiente** es el Cónyuge, Hijo o Familiar Dependiente Discapacitado del Suscriptor.

Un **Representante Designado (o Representante)** es la persona que usted elige por escrito para tomar decisiones relacionadas con su Plan de beneficios y recibir información relacionada con el cuidado de su salud.

Un **Formulario de Representante Designado** es un formulario para elegir a un representante que actúe en su nombre y autorice a Tufts Health Plan a divulgar su información médica protegida.

Un Dependiente Discapacitado es el Hijo del Suscriptor que:

- Se encuentra actualmente discapacitado física o mentalmente; y
- sigue dependiendo económicamente del Suscriptor debido a su discapacidad.

Equipo Médico Duradero (DME) es equipo médico solicitado por un Proveedor para uso en el hogar. Estos artículos deben ser reutilizables, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital.

Fecha de Entrada en Vigor 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.

Una **Emergencia** es una condición médica o de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) con síntomas graves que requieren atención médica inmediata. Si no se aborda con prontitud, su salud podría verse seriamente comprometida. En el caso de una persona embarazada, la salud de la persona o del feto está en riesgo. Este peligro puede provocar daños importantes en las funciones corporales o afectar cualquier órgano o parte del cuerpo.

Algunos ejemplos de condiciones que necesitan atención de Emergencia incluyen dolor intenso, una pierna rota, pérdida del conocimiento, vómitos con sangre, dolor en el pecho, dificultad para respirar, impulsos incontrolables de hacerse daño a sí mismo o a otros, o una condición médica que se esté deteriorando rápidamente.

Un **Administrador de Inscripciones** es un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio estatal de seguros de salud. Tufts Health Direct se ofrece por medio del Administrador de Inscripciones, HSA Insurance.

Evidencia de Cobertura (EOC), también conocida como *Manual del Miembro* o Manual, se refiere a este documento y cualquier modificación futura. La EOC también incluye la Lista de Beneficios de su Tipo de Plan, el Formulario y cualquier modificación que podamos enviarle.

Las circunstancias Apremiantes se dan cuando alguien sufre una condición de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función al máximo. En el caso de los servicios de farmacia, se aplica cuando una persona está recibiendo un plan de tratamiento actual con un medicamento que no está en el Formulario.

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 **Apelación Interna Expedita** es una solicitud verbal o escrita para que se revise rápidamente una Determinación Adversa. Esto está disponible cuando su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar su función al máximo estarían en riesgo si seguimos nuestros plazos estándar. Revisaremos las Apelaciones Internas Expeditas y decidiremos en un plazo de 72 horas.

Los servicios experimentales o en investigación no están aprobados para su uso en el cuidado de la salud convencional. Estos servicios suelen formar parte de una investigación médica y aún no se han establecido como práctica estándar. En consecuencia, pueden no ser Medicamento Necesarios. La definición se explica detalladamente en sus MNG.

<https://tuftshhealthplan.com/documents/providers/guidelines/medical-necessity-guidelines/noncovered-Investigational-services-me>

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.

Un **Organismo de Revisión Externa** es una empresa acreditada que tiene contrato con Office of Patient Protection y es independiente de Tufts Health Plan, que supervisa nuestras decisiones de cobertura. Los Proveedores de un 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.

La Tarifa del Centro se refiere a la tarifa que las clínicas, Hospitales o centros independientes podrían cobrar para cubrir sus costos de mantenimiento. En el caso de determinados servicios para Pacientes Externos, es posible que le facturen, por separado, tanto una Tarifa del Centro como los honorarios médicos por un mismo episodio de atención.

Los servicios de planificación familiar ayudan a los Miembros a tomar decisiones sobre tener hijos. Los servicios pueden incluir anticonceptivos, asesoramiento y apoyo médico.

El **Nivel Federal de Pobreza (NFP)** lo establece cada año el gobierno de Estados Unidos. Es el ingreso mínimo necesario para cubrir los gastos básicos de vida. El FPL varía según el tamaño y la dirección del hogar.

Una **Determinación Adversa Definitiva** es una Determinación Adversa tomada después de agotarse todos los recursos disponibles a través de nuestro proceso de Apelación formal.

Un **Formulario** es nuestra lista de medicamentos cubiertos. Consulte la lista en <https://tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy/pharmacy>.

El Fraude es hacer o permitir a sabiendas que otra persona haga declaraciones falsas para obtener servicios, artículos o pagos no autorizados. Ejemplos de Fraude incluyen enviar información falsa en una solicitud de membresía, realizar solicitudes de reembolso falsas, no notificarnos sobre cambios que afectan la elegibilidad o compartir una Tarjeta de Identificación de Miembro para acceder a los Servicios Cubiertos.

Un **Centro de Atención de Urgencia (UCC) Independiente** es un centro médico que ofrece tratamiento para lesiones que no ponen en peligro la vida y enfermedades que requieren atención inmediata. Proporciona una alternativa a visitar la sala de Emergencias para los Miembros que no pueden ver a su PCP con prontitud. Un UCC no forma parte de un Hospital ni de un sistema hospitalario y no son MinuteClinic®. Un UCC no trata enfermedades que ponen en peligro la vida. Si tiene una condición grave o que pone en peligro su vida, acuda a la sala de Emergencias.

Una **Queja** es cualquier expresión de insatisfacción de parte suya o de su Representante Designado sobre cualquier acción o inacción por parte de Tufts Health Plan.

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 pagar una Prima en su nombre. El Contrato Grupal incluye este *Manual del Miembro*, también llamado Evidencia de Cobertura.

Un **Plan Grupal** es el Plan de un empleador u otra entidad legal con la 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 el agente de Tufts Health Plan.

Los Servicios de Habilitación ayudan a las personas con discapacidad a aprender o mejorar sus habilidades para la vida. Previenen el deterioro de las habilidades y se pueden proporcionar a Pacientes Hospitalizados y Externos. Los servicios incluyen Fisioterapia, Terapia Ocupacional y patología del habla y el lenguaje. Estos servicios abordan las habilidades que nunca se aprendieron o adquirieron debido a la condición de discapacidad.

El **Manual** es lo mismo que el *Manual del Miembro* y la Evidencia de Cobertura (EOC).

Un **Plan de Beneficios de Salud (o Plan)** es un contrato individual o Grupal de mantenimiento de la salud emitido por una organización de mantenimiento de la salud.

Los Servicios de Cuidado de la Salud incluyen el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la curación o el alivio de una condición de salud.

Health Connector es un mercado de seguros de salud estatal establecido bajo la ACA. Ayuda a los residentes de Massachusetts a encontrar planes de seguros de salud asequibles, ofreciéndoles subsidios y facilitándoles la inscripción. Además, Health Connector revisa y aprueba los planes de salud calificados (QHP, por sus siglas en inglés) para garantizar que cumplan con los estándares de calidad y cobertura para los consumidores.

Una **Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)** es una cuenta de ahorros especial para gastos médicos. Le permite reservar dinero antes de descontar impuestos de su sueldo. Los fondos de la HSA se pueden utilizar para gastos de cuidado de la salud, como visitas al médico, recetas y tratamientos médicos. Los fondos no se pueden utilizar para pagar las Primas. Para calificar para una HSA, debe tener un Plan de seguro de salud con un Deducible Alto.

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, por sus siglas en inglés) 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 **Hospital** es un centro con licencia que ofrece atención médica y quirúrgica a pacientes con enfermedades o lesiones agudas. Debe estar inscrito en American Hospital Association (AHA) o acreditado por The Joint Commission.

HSA Insurance es Administrador de Inscripciones. Ofrece los Planes de Tufts Health Direct en un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio de primas del seguro de salud del estado.

Una **Tarjeta de Identificación (ID Card, por sus siglas en inglés)** de Miembro 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.

Dentro de la Red describe a un Proveedor que tiene contrato con Tufts Health Direct para proveer Servicios Cubiertos a los Miembros.

Servicios para Pacientes Hospitalizados son servicios que necesitan al menos la estadía de una noche en un entorno hospitalario. Por lo general, esto se aplica a servicios que recibe en centros con licencia, como Hospitales y Centros de Enfermería Especializada.

Una **Consulta** es cualquier pregunta o solicitud que tenga para nosotros.

Un **Profesional de Salud Mental Licenciado** 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 111J de la Ley General de Massachusetts, o un terapeuta familiar y de pareja licenciado dentro del ámbito legal de la práctica de dicho terapeuta.

Una Clínica Médica de Servicio Limitado es una clínica de atención al público sin cita previa en la que proporcionan atención Enfermeras Practicantes o Asistentes Médicos licenciados. Por ejemplo, MinuteClinic® ofrece una alternativa a ciertas visitas a la sala de Emergencias para casos que no sean de emergencia, o cuando los pacientes no puedan ver a su PCP con prontitud. Tratan enfermedades comunes como faringitis estreptocócica, infecciones oculares, de oído, sinusales o bronquiales en pacientes de 24 meses o más. No es adecuada para emergencias, heridas, lesiones, radiografías, puntos de sutura o condiciones que pongan en peligro la vida. Estos casos deben acudir a una sala de Emergencias.

Los servicios **Medicamento Necesarios** tienen como objetivo prevenir, diagnosticar, detener el empeoramiento, mejorar, corregir o curar condiciones que pongan en peligro la vida, son dolorosas, incapacitantes o provocan enfermedades. Se alinean con las prácticas médicas aceptadas basadas en la idoneidad, la eficacia comprobada y la evidencia científica. Nuestras Pautas de Necesidad Médica (MNG) están disponibles en nuestro sitio web en <https://tuftshealthplan.com/provider/resource-center>.

Un **Miembro** es una persona inscrita en un Plan individual o Grupal de Tufts Health Plan Direct. También nos referimos al Miembro como "usted".

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 enmienda u otro documento que se agregue a los detalles de los Servicios Cubiertos.

Nuestro equipo de **Servicios para Miembros** se encarga de responder a todas sus preguntas sobre políticas, procedimientos, solicitudes e inquietudes. Puede comunicarse con ellos llamando al **888-257-1985**; línea TTY: 711. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

La Información Necesaria incluye, entre otras cosas, los resultados de cualquier evaluación clínica en persona, consultas, segunda opinión, análisis de laboratorio, imagenología o terapias previas

Red se refiere al grupo colectivo de Proveedores de cuidado de la salud que tienen contrato con Tufts Health Direct para prestar Servicios Cubiertos. Los Proveedores de la Red están ubicados por toda el Área de Servicio.

Nuestra **Notificación de las Políticas de Privacidad** le informa cómo usamos y divulgamos su Información Médica Protegida (PHI) y sus derechos de privacidad. Le enviamos nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad al momento de la inscripción.

Llame al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) para comunicarse con nuestra **Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine**. Esta es una línea de ayuda gratuita con profesionales de la salud dedicados. Puede obtener información y apoyo sobre síntomas, diagnósticos, tratamientos y pruebas solicitadas por su Proveedor. Nota: Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no proporciona asesoramiento médico ni reemplaza a su Proveedor.

Una **Enfermera Practicante (NP, por sus siglas en inglés)** es una enfermera registrada con capacitación avanzada. Las NP pueden diagnosticar y tratar enfermedades, recetar medicamentos y brindar Servicios de Cuidado de la Salud.

La observación implica el uso de servicios hospitalarios para recibir tratamiento y evaluación. El objetivo es brindar el alta dentro de 48 horas, o el diagnóstico y el plan de tratamiento. En algunos casos, una estadía de Observación puede dar lugar a una admisión hospitalaria para recibir tratamiento adicional.

La Terapia Ocupacional ayuda a las personas a obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria.

Un **Proveedor Fuera de la Red** es un Proveedor con quien no tenemos contrato para prestar Servicios Cubiertos a los Miembros.

El Desembolso Máximo (MOOP, por sus siglas en inglés) es el monto máximo de Costos Compartidos que debe pagar en un Año del Plan por los Servicios Cubiertos. Todos los Planes de Tufts Health Direct tienen un Desembolso Máximo.

Atención Médica para Pacientes Externos se refiere a los servicios prestados en el consultorio de un Proveedor, una unidad de atención ambulatoria, una cirugía de un Día, una sala de Emergencias, una clínica para Pacientes Externos u otro tipo de centro. Los Servicios para Pacientes Externos incluyen los servicios que no sean Servicios para Pacientes Hospitalizados.

La Cirugía para Pacientes Externos se refiere a los procedimientos quirúrgicos en los que se espera que el paciente salga el mismo Día o en un plazo de veinticuatro horas. También se conoce como cirugía de un Día, cirugía ambulatoria o atención quirúrgica de un Día.

La Fisioterapia se refiere al tratamiento de enfermedades o lesiones por medios físicos y mecánicos. Los ejemplos incluyen masajes, ejercicio regulado o terapia con agua, luz, calor o electricidad.

Un **Asistente Médico (PA, por sus siglas en inglés)** es un profesional médico con capacitación avanzada. Las PA pueden diagnosticar y tratar enfermedades, recetar medicamentos y brindar Servicios de Cuidado de la Salud.

Tipo de Plan se refiere al Plan específico de Tufts Health Direct en el que se inscribió. Cada Tipo de Plan tiene estructuras de Primas y Costos Compartidos diferentes. Su Tarjeta de Identificación de Miembro indica su Tipo de Plan.

Un **Año del Plan** es el período consecutivo de 12 meses durante el cual se compran y administran los beneficios del Plan de salud. Las responsabilidades de Costos Compartidos y los límites de beneficios se aplican a cada Año del Plan. En algunos casos, el primer Año del Plan no será de 12 meses completos. También conocido como Año de Beneficios.

Un **Podólogo** es un Especialista que proporciona servicios médicos y quirúrgicos para el cuidado de los pies.

Una Prima es una factura mensual por sus beneficios de Tufts Health Direct.

La Atención Preventiva es el cuidado de la salud de rutina que incluye revisiones, chequeos y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Los servicios de Atención Preventiva deben estar cubiertos sin Costos Compartidos según la Ley de Asistencia Asequible.

La Atención Primaria es la primera parada del cuidado de la salud. Incluye ayuda médica básica, servicios preventivos y gestión continua de problemas de salud comunes. Su PCP proporciona estos servicios con el objetivo de mantenerlo saludable y abordar necesidades médicas que no sean de emergencia.

Un **Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP)** es un Proveedor de Tufts Health Direct que usted elige de nuestro Directorio de Proveedores o que nosotros le asignamos. Su PCP ofrece atención médica general para problemas de salud comunes y coordina los Servicios Cubiertos. Sirven como punto de partida para toda la atención médica y pueden referirlo a Especialistas si es necesario. Los PCP deben ser médicos de práctica familiar, medicina interna, medicina general, medicina adolescente y pediátrica, u obstetricia/ginecología, certificados por la junta o elegibles para la certificación. También puede elegir a una Enfermera Practicante o un Asistente Médico licenciado como su PCP. Las personas con discapacidades, incluyendo aquellas con VIH/SIDA, pueden tener un PCP de otras especialidades.

La Autorización Previa (PA) es el permiso de Tufts Health Plan antes de que comience un tratamiento propuesto. Hay dos razones por las que se puede requerir una PA. Una se basa en el Servicio Cubierto específico. La otra es si el Proveedor no es parte de la Red de Tufts Health Direct. Sus Proveedores saben cuándo y cómo solicitar una PA. Si no se aprueba la PA antes de que reciba la atención, se denegará la cobertura. Deberá pagar por los servicios que recibió.

Información Médica Protegida (PHI) es toda la información (verbal, escrita o electrónica) acerca de su salud o condición física o mental pasada, presente o futura. La PHI incluye información sobre el cuidado de su salud o el pago de la misma. La PHI también incluye cualquier información médica que una persona pueda usar para identificarlo.

Un **Proveedor** es una persona, centro, 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.

El **Directorio de Proveedores** indica los centros y los profesionales de cuidado de la salud que tienen contrato con Tufts Health Direct, como todos los PCP, Especialistas ordenados por especialidad, Hospitales, salas de Emergencias y centros comunitarios de Salud Conductual (CBHC), farmacias, servicios auxiliares y servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias). El Directorio de Proveedores está disponible en línea o en papel.

Gestión de Calidad es el proceso que usamos para monitorear y mejorar la calidad de la atención que nuestros Miembros reciben.

Una **Reconsideración de una Apelación Interna Estándar** es una solicitud hecha por usted o su Representante Designado para que revisemos por segunda vez nuestra decisión de Apelación Interna Estándar. Revisaremos y decidiremos en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.

Un **Hospital de Rehabilitación** es un centro con licencia para proveer servicios terapéuticos para que los pacientes recuperen la función después de una lesión o una enfermedad. Estos centros proporcionan Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y servicios de atención de Enfermería Especializada.

Un **Residente** es una persona que vive en Massachusetts. El confinamiento en un hogar de ancianos, un Hospital u otra institución no es razón suficiente para calificar a una persona como Residente.

La **Lista de Beneficios** es la sección incluida en el Anexo B al final de este *Manual del Miembros*. Proporciona una descripción general de los Servicios Cubiertos de su Tipo de Plan de Tufts Health Direct. Lista los beneficios, los montos de Costos Compartidos, los requisitos de Autorización Previa y los límites de los beneficios que cubre su póliza.

Una condición grave y compleja es:

- 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.

El Área de Servicio es el área geográfica dentro de la que Tufts Health Plan ha desarrollado una Red de Proveedores de Tufts Health Direct para proporcionar el acceso adecuado a los Servicios Cubiertos. Nuestra Área de Servicio está aprobada por Health Connector y la División de Seguros para inscribir Miembros.

El Área de Servicio abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket. Para los Planes de ConnectorCare en el condado de Franklin: Los Miembros solo pueden inscribirse en códigos postales seleccionados: 01002, 01039, 01054, 01070, 01093, 01096, 01247, 01350, 01355, 01364, 01366, 01367, 01378

Un **Centro de Enfermería Especializada** es un centro de hospitalización con licencia que proporciona cuidados de enfermería especializados a personas que no necesitan servicios hospitalarios de cuidados agudos.

Un **Grupo Pequeño** 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 **Especialista** es un médico que está capacitado para prestar servicios especializados. Por ejemplo, cardiólogos, psicólogos, obstetras y dermatólogos.

Terapia del Habla se refiere a la evaluación y el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la audición y la fluidez.

Cónyuge se refiere al Cónyuge legal del Suscriptor, según la ley del estado en el que el Suscriptor resida. Esto incluye al Cónyuge divorciado, según lo exige la ley de Massachusetts. Cónyuge también incluye al equivalente conyugal del Suscriptor. Se refiere a alguien que esté registrado como pareja de hecho, pareja de unión civil o cualquier otra pareja legalmente reconocida del Suscriptor. La persona deberá residir en una jurisdicción estatal o municipal que le otorgue dicho reconocimiento legal o derechos conyugales equivalentes.

Una **Apelación Interna Estándar** es una solicitud verbal o escrita para que Tufts Health Plan revise una Determinación Adversa. Revisaremos y decidiremos sobre la solicitud de Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibimos la solicitud.

Subrogación es el procedimiento por el cual Tufts Health Plan puede recuperar el costo total o parcial de los beneficios pagados por parte de un tercero ("Tercero") o entidad, como una compañía de seguros.

Un **Suscriptor** es la persona que se inscribe en Tufts Health Direct y en cuyo nombre se paga la Prima de conformidad con un Contrato Grupal o un contrato individual. Para un contrato individual, el Suscriptor debe vivir en Massachusetts. Para un Contrato Grupal, el Suscriptor es un empleado de un Grupo.

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.

Una Enfermedad Terminal significa tener una esperanza de vida de seis meses o menos, según lo certificado por un Proveedor Dentro de la Red.

Tufts Health Plan, en este Manual, se refiere a Tufts Health Direct.

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".

La Atención de Urgencia es una atención provista cuando su salud no está en riesgo grave, pero necesita atención médica inmediata. Ejemplos en los que pueda 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. 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.

La Administración de la Utilización evalúa si los Servicios de Cuidado de la Salud prestados a los Miembros son: (1) Médicamente Necesarios, y (2) provistos de la manera más adecuada y eficiente.

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 evaluar la necesidad clínica, adecuación o eficiencia de los Servicios Cubiertos y 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.

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.

La 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.

Anexo B: Programas de beneficios

Programa de beneficios

a Point32Health company

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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
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	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
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 <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . 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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> 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.
<u>Límites:</u>		
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 <i>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</i> , 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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
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		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
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.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>		
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.
<u>Farmacia minorista</u>		
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
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
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.

Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$0	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$0	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	Medical: \$0 Pharmacy: \$250	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	Medical: \$0 Pharmacy: \$500	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
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	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
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 <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . 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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> 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.
<u>Límites:</u>		
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 <i>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</i> , 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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
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		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
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.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>		
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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$1.00	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$3.65	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$3.65	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$2.00	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$7.30	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$7.30	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.

Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$0	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$0	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	Medical: \$750 Pharmacy: \$500	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	Medical: \$1,500 Pharmacy: \$1,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$18 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$18 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$5 por visita	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$50 por estancia	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
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	Copago de \$10 por visita	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	Copago de \$18 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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])	Copago de \$30	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	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.
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	Copago de \$50 por visita	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$10 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$50 por estancia	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$18 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$50 por visita	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$50 por visita	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$10	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$20	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$40	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$20	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$40	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$80	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$18 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct ConnectorCare III

Programa de beneficios



a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$0	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$0	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	Medical: \$1,500 Pharmacy: \$750	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	Medical: \$3,000 Pharmacy: \$1,500	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$22 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$22 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$7 por visita	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$250 por estancia	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
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	Copago de \$20 por visita	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	Copago de \$22 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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])	Copago de \$60	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	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.
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	Copago de \$100 por visita	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$20 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$250 por estancia	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$22 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$100 por visita	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$125 por visita	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$12.50	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$25	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$50	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$25	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$50	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$100	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$22 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Platinum



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$0	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$0	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$3,000	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$6,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$40 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$40 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$500 por estancia	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$20 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$20 por visita	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	Copago de \$40 por visita	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	Copago de \$40 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25%	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50%	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50%	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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])	Copago de \$150	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	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.
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	Coaseguro del 20%	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	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 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	Copago de \$150 por visita	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$40 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$500 por estancia	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20%	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$20 por visita	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$40 por visita	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$20 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$150 por visita	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$250 por visita	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$10	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$25	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$50	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$20	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$50	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$150	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 cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de asesoramiento para dejar de fumar	Sin cargo	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Véase <i>Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$40 por visita	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)	Copago de \$20 por visita	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)	Copago de \$20 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$0	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$0	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$6,000	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$12,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$750 por estancia	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$30 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$30 por visita	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	Copago de \$55 por visita	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	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25%	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50%	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50%	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$25	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	Copago de \$75	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])	Copago de \$250	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$25	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20%	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	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 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	Copago de \$350 por visita	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$55 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$750 por estancia	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20%	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$30 por visita	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$55 por visita	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$30 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$350 por visita	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$30	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$60	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$90	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$60	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$120	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$270	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$55 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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)	Copago de \$30 por visita	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)	Copago de \$30 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Gold 1600



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	Medical: \$1,600 Pharmacy: \$180	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	Medical: \$3,200 Pharmacy: \$360	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$5,500	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$11,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita después del Deducible	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$35 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$35 por visita	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	Copago de \$55 por visita	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Copago de \$55 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$50 después del Deducible	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	Copago de \$75 después del Deducible	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])	Copago de \$300 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados</i> relacionadas pueden requerir costos compartidos	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$50 después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20% después del Deducible	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	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 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	Copago de \$400 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$55 por visita	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20% después del Deducible	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 después del Deducible	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$35 por visita	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$55 por visita	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$35 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$400 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$25	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$50 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$125 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$50	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$100 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$375 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$55 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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)	Copago de \$35 por visita	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)	Copago de \$35 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Silver 2000



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$2,000	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$4,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$9,450	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$18,900	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita después del Deducible	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$25 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$25 por visita	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	Copago de \$60 por visita	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$25 después del Deducible	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	Copago de \$50 después del Deducible	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])	Copago de \$350 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$25 después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20% después del Deducible	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	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 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	Copago de \$350 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$60 por visita	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20% después del Deducible	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 después del Deducible	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$25 por visita	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$25 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$350 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$30	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$55	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$75 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$60	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$110	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$225 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$60 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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)	Copago de \$25 por visita	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)	Copago de \$25 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Silver 2000 II



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$2,000	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$4,000	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$9,450	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$18,900	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita después del Deducible	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$25 por visita	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$25 por visita	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	Copago de \$60 por visita	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Copago de \$60 por visita	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$25 después del Deducible	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	Copago de \$50 después del Deducible	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])	Copago de \$350 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$25 después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20% después del Deducible	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	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 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	Copago de \$350 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$60 por visita	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	Copago de \$5 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20% después del Deducible	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 después del Deducible	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$25 por visita	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$60 por visita	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$25 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$350 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$30	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$55	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$75 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$60	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$110	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$225 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$60 por visita	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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)	Copago de \$25 por visita	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)	Copago de \$25 por visita	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Silver 2000 HSA



Programa de beneficios

a Point32Health company

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 Direct 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 por sus siglas en inglés) 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).

Según la definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés), este Plan es un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP por sus siglas en inglés) compatible con la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA por sus siglas en inglés). Los Planes de Salud con Deducible Alto están sujetos a las reglas del IRS que exigen que se alcance un deducible mínimo antes de que el Plan de salud proporcione cobertura para atención no preventiva. La cantidad mínima en dólares del deducible se ajusta cada año para cumplir con los requisitos del IRS. Para obtener información adicional sobre las reglas que rigen los HDHP, consulte <https://www.irs.gov/publications/p969>.

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual (Plan solo para una persona)	\$2,000	La cantidad del deducible anual individual se aplica cuando solo hay un miembro inscrito en el Plan.
Familiar (dos miembros o más)	\$4,000	La cantidad del deducible anual familiar se aplica si hay dos o más miembros inscritos en el Plan. El deducible familiar se alcanza cuando uno o más miembros del Plan han pagado un total de \$4,000 para el deducible.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$7,050	Un miembro puede alcanzar el desembolso máximo anual individual en un Plan solo para una persona o familiar y luego no tener costos compartidos adicionales por los servicios cubiertos durante el resto del año del plan.
Familiar	\$14,100	Dos o más miembros de un Plan familiar pueden alcanzar el desembolso máximo familiar y luego ningún miembro de la familia tendrá costos compartidos adicionales por los servicios cubiertos durante el resto del año del plan.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$60 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$60 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	No se requiere autorización previa. Incluye dosificación, asesoramiento y servicios de laboratorio.
Instructores de recuperación y especialistas afines	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Programas para el tratamiento por consumo de sustancias	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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	Copago de \$60 por visita después del Deducible	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Copago de \$60 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$60 después del Deducible	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	Copago de \$75 después del Deducible	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])	Copago de \$500 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas pueden requerir costos compartidos</i>	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$60 después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20% después del Deducible	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	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 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	Copago de \$300 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$60 por visita después del Deducible	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$750 por estancia después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20% después del Deducible	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 después del Deducible	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$60 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$300 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$30 después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$60 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$105 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$60 después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$120 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$315 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$60 por visita después del Deducible	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Bronze 2850



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$2,850	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$5,700	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$9,450	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$18,900	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Copago de \$65 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de \$65 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por año del plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de \$10 por visita después del Deducible	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	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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	Copago de \$65 por visita después del Deducible	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Copago de \$65 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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	Coaseguro del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$50 después del Deducible	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	Copago de \$100 después del Deducible	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])	Copago de \$350 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados relacionadas</i> pueden requerir costos compartidos	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de \$50 después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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	Coaseguro del 20% después del Deducible	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	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 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	Copago de \$400 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Copago de \$65 por visita después del Deducible	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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	Copago de \$1,000 por estancia después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20% después del Deducible	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 después del Deducible	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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Especialista	Copago de \$65 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Copago de \$30 por visita después del Deducible	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Copago de \$400 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$500 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Copago de \$30	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$65 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$100 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Copago de \$60	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de \$130 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de \$300 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Copago de \$65 por visita después del Deducible	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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)	Copago de \$30 por visita después del Deducible	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Direct Catastrophic



Programa de beneficios

a Point32Health company

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).

Usted es responsable de pagar las cantidades del deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El deducible, coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. 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	NOTAS
Individual	\$9,450	El deducible individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el deducible individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$18,900	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan el deducible anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el deducible para el año del plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	CANTIDAD	NOTAS
Individual	\$9,450	El desembolso máximo individual se aplica a un solo miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el desembolso máximo individual incluso si otros miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	\$18,900	Una vez que dos o más miembros de un Plan familiar alcanzan la cantidad del desembolso máximo anual familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el desembolso máximo para el año del plan.

Notificación para los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de costo compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay copagos, deducibles ni coaseguro cuando reciben atención de proveedores de atención médica indios. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere autorización previa.
Servicios de acupuntura	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa. Sin límites de consultas.
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	
Servicios de ambulancia		
Emergencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Otro transporte que no sea de emergencia	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de salud conductual: salud mental y trastorno por consumo de sustancias		
<u>Servicios para pacientes hospitalizados</u>		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 después del Deducible	Incluye alojamiento, comida y servicios proporcionados por el centro durante la estancia del paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	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.
<u>Servicios para pacientes externos</u>		
Terapia individual/asesoramiento	Sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	
<u>Servicios para trastornos del espectro autista</u>		
Análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	No se aplican los límites de beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Atención quiropráctica	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo después del Deducible. Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	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.
Cuidado dental, accidental	Según el lugar de servicio	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 después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa.
Educación y tratamiento de la diabetes	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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 después del Deducible	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 después del Deducible	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Estudios del sueño	<i>Consulta de atención médica para pacientes externos o Atención médica para pacientes hospitalizados</i> relacionadas pueden requerir costos compartidos	Se requiere autorización previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren autorización previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa.
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 después del Deducible	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 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 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 después del Deducible	No se requiere autorización previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si se queda para <i>servicios de observación</i> , lo envían para <i>servicios de cirugía ambulatoria</i> o lo ingresan para recibir <i>atención médica o quirúrgica como paciente hospitalizado</i> . Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al hospital.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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 <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones. Debe completar un formulario de Reembolso de centro de acondicionamiento físico .
Servicios de afirmación de género	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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 después del Deducible	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 después del Deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Servicios de cuidados paliativos	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa.
Servicios de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Se requiere autorización previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir <i>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</i> , 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 después del Deducible	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 después del Deducible	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	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de servicios preventivos; en caso contrario, sin cargo después del Deducible	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 después del Deducible	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		
<p>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 <i>Servicios de salud preventiva</i> para obtener información sobre la atención médica de rutina.</p>		
<u>Consultas en centros de salud comunitarios y visitas al consultorio</u>		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de \$35 para las primeras 3 visitas no Preventivas al PCP, luego está sujeto a Deducible	No se requiere autorización previa.
Especialista	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertas consultas con especialistas.
MinuteClinic	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Se requiere autorización previa.
Servicios de observación	Sin cargo después del Deducible	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	Véase <i>Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Se requiere autorización previa.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
Servicios de cirugía ambulatoria		
<u>Cirugía ambulatoria de día</u>		
Tarifa de hospital para pacientes externos o en centro de cirugía ambulatoria	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros proveedores profesionales cubiertos.
<u>Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios</u>	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
Control del dolor	Los costos compartidos varían según el tipo y lugar del servicio	Ciertos servicios requieren autorización previa. Costos compartidos según el tipo de servicio, por ejemplo, acupuntura, asesoramiento nutricional, terapia física o atención quiropráctica.
Atención de podología	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	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.
<u>Farmacia minorista</u>		
Nivel 1	Sin cargo después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados
<u>Farmacia de pedido por correo</u>		
Nivel 1	Sin cargo después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
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	
Cirugía y procedimientos reconstructivos	<i>Véase Cirugía ambulatoria o Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados</i>	Ciertos servicios pueden requerir autorización previa.
Telehealth	<i>Véase Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	Solicite al consultorio de sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.
Atención de urgencia	Sin cargo después del Deducible	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.

Servicios cubiertos	Costos compartidos	Límite de beneficios y notas
---------------------	--------------------	------------------------------

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 después del Deducible	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 después del Deducible	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	Véase <i>Consultas de atención médica para pacientes externos</i>	
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.

Anexo C: Lista de medicamentos opioides de categorías II y III

La ley de Massachusetts define los medicamentos de categoría 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 categoría 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. Si surte una cantidad menor a la recetada de una sustancia opioide controlada de categoría 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. 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 las categorías II y III cubiertos por Tufts Health Plan.

Medicamentos de la categoría II

- [acetaminofén/hidrocodona]
- [acetaminofén/oxicodona]
- [aspirina/oxicodona]
- [belladona/supositorios de opio]
- [bromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [bromfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina polistirex/hidrocodona polistirex]
- [clorfeniramina/hidrocodona]
- [clorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [clorfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [sulfato de codeína]
- [dextrbromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [dexclorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [difenhidramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [fentanilo]
- [guaifenesina/hidrocodona/fenilefrina]
- [guaifenesina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [hidrocodona]
- [hidrocodona ER]
- [hidrocodona/homatropina]
- [hidrocodona/ibuprofeno]
- [hidrocodona/fenilefrina/pirilamina]
- [hidrocodona/guaiacolsulfonato de potasio]

- [hidrocodona/pseudoefedrina]
- [hidromorfona]
- [hidromorfona ER]
- [ibuprofeno/oxicodona]
- [tartrato de levorfanol]
- [meperidina]
- [meperidina/prometazina]
- [metadona]
- [morfina]
- [morfina ER]
- [sulfato de morfina ER]
- [morfina/naltrexona]
- [naltrexona/oxicodona]
- [tintura de opio]
- [oxicodona]
- [oxicodona ER]
- [oximorfona]
- [oximorfona ER]
- [tapentadol]

Medicamentos de la categoría 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]
- [codeína/guaifenesina/pseudoefedrina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina/fenilefrina]
- [dihidrocodeína/fenilefrina/pirilamina]

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.

