

**TUFTS**Health Plan: *DIRECT CONNECTORCARE PLAN TYPE III*

Cobertura para: Todos los tipos de cobertura | Tipo de plan: HMO



El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC por sus siglas en inglés) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC muestra cómo usted y el [plan](#) comparten el costo de los servicios cubiertos de atención de la salud. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (llamada la [prima](#)) será presentada por separado.

Esto es un resumen solamente. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de cobertura, visite [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) o llame al 888.257.1985 (TTY: 888.391.5535). Para definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Usted puede ver el Glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 888.257.1985 (TTY: 888.391.5535) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué importa:
¿Cuál es el <a href="#">deducible</a> general?	\$0	Consulte la tabla de Eventos Médicos Comunes que sigue para ver los costos por los servicios que cubre este <a href="#">plan</a> .
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cumpla su <a href="#">deducible</a> ?	Sí. Los servicios preventivos no se aplican para determinar el deducible.	Este <a href="#">plan</a> cubre algunos artículos y servicios incluso si todavía no ha alcanzado el monto del <a href="#">deducible</a> . Pero se podría aplicar un <a href="#">copago</a> o <a href="#">coseguro</a> . Por ejemplo, este <a href="#">plan</a> cubre ciertos <a href="#">servicios preventivos sin participación en el costo</a> y antes de que usted alcance su <a href="#">deducible</a> . Consulte una lista de <a href="#">servicios preventivos</a> cubiertos en <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
¿Hay otros <a href="#">deducibles</a> por servicios específicos?	No	Usted no tiene que cumplir <a href="#">deducibles</a> para servicios específicos.
¿Cuál es el <a href="#">límite de bolsillo</a> de este <a href="#">plan</a> ?	Médica: \$1,500/individuo, \$3,000/familia Farmacia: \$750/individuo, \$1,500/familia	El <a href="#">límite de bolsillo</a> es lo más que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si hay otros miembros de su familia en este <a href="#">plan</a> , ellos tienen que alcanzar sus propios <a href="#">límites de bolsillo</a> hasta que se alcance el <a href="#">límite de bolsillo</a> general de la familia.
¿Qué no se incluye en el <a href="#">límite de bolsillo</a> ?	Las primas, la facturación de los saldos y la atención de la salud que no cubre este plan	A pesar de que usted paga estos gastos, no se cuentan para determinar el <a href="#">límite de bolsillo</a> .
¿Pagará menos si usa a un <a href="#">proveedor de la red</a> ?	Sí. Visite <a href="http://tuftshealthplan.com">tuftshealthplan.com</a> o llame al 888.257.1985 para obtener una lista de los proveedores de la red.	Este <a href="#">plan</a> usa una <a href="#">red de proveedores</a> . Usted pagará menos si usa un <a href="#">proveedor</a> de la <a href="#">red del plan</a> . Y pagará más todavía si usa un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> , y podría recibir una factura de un <a href="#">proveedor</a> por la diferencia entre el cargo del <a href="#">proveedor</a> y lo que paga el <a href="#">plan</a> ( <a href="#">facturación del saldo</a> ). Tenga en cuenta que su <a href="#">proveedor de la red</a> podría usar un <a href="#">proveedor fuera de la red</a> para ciertos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte a su <a href="#">proveedor</a> antes de recibir los servicios.

<p>¿Necesito una <a href="#">derivación</a> para ver a un <a href="#">especialista</a>?</p>	<p>Podría necesitar una derivación para recibir ciertos servicios de especialistas. Si su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) necesita entregarle una derivación para recibir ciertos servicios, su Tarjeta de Identificación como Miembro deberá decir "PCP Referral Required" (Requiere Derivación del Proveedor Primario de Cuidados Médicos).</p>	<p>Este <a href="#">plan</a> pagará algunos o todos los costos para ver a un <a href="#">especialista</a> por los servicios cubiertos pero solamente si tiene una <a href="#">derivación</a> antes de consultar al <a href="#">especialista</a>.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Todos los costos del [copago](#) y [coseguro](#) que aparecen en esta tabla son después de haber alcanzado su [deducible](#), si se aplica un [deducible](#).

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra importante información
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
Si usted visita el consultorio de un <a href="#">proveedor</a> o clínica	Visita de cuidado primaria para tratar una enfermedad o lesión	\$15 por visita	No están cubiertos	Usted podría tener que pagar por servicios que no son preventivos. Consulte a su proveedor si los servicios que necesita son preventivos. Luego consulte qué pagará el plan. Algunos servicios de especialistas podrían requerir la autorización previa.
	Visita a un <a href="#">especialista</a>	\$22 por visita	No están cubiertos	
	<a href="#">Atención preventiva/evaluación</a> /vacunación	Sin cargo	No están cubiertos	
Si necesita un análisis	<a href="#">Pruebas de diagnóstico</a> (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	No están cubiertos	Cubierto si es médicamente necesario
	Imágenes (tomografías computadas, tomografías por emisión de positrones, imágenes de resonancia magnética)	\$60 por visita	No están cubiertos	Requiere autorización previa

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra importante información
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
<b>Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición.</b> Más información sobre la <a href="#">cobertura de medicamentos recetados</a> está disponible en <a href="http://tuftshealthplan.com">tuftshealthplan.com</a> .	Medicamentos genéricos (Nivel 1)	\$12.50 por receta (minorista) \$25 por receta (por correo)	No están cubiertos	Cubre una cantidad para 30 días en una farmacia minorista; hasta 90 días por correo. Podría requerir autorización previa.
	Medicamentos de marca preferidos (Nivel 2)	\$25 por receta (minorista) \$50 por receta (por correo)	No están cubiertos	
	Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 3)	\$50 por receta (minorista) \$100 por receta (por correo)	No están cubiertos	
	<a href="#">Medicamentos de especialidad (Nivel 3)</a>	\$50 por receta (minorista)	No están cubiertos	Cubre hasta una cantidad para 30 días. Podría requerir autorización previa.
<b>Si necesita una operación como paciente externo</b>	Costo de la instalación (por ej., centro de cirugía ambulatoria)	\$125 por visita	No están cubiertos	Cubierto si es medicamento necesario en una institución u hospital de la red como paciente externo. Algunos servicios podrían requerir la autorización previa.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No están cubiertos	
<b>Si necesita atención médica inmediata</b>	<a href="#">Atención en salas de emergencias</a>	\$100 por visita	\$100 por visita	Requiere notificación dentro de las 24 horas, si resulta admitido. Se cancela el copago si resulta admitido.
	<a href="#">Transporte médico de emergencia</a>	Sin cargo	Sin cargo	Transporte de emergencia solamente; el transporte no de emergencia está cubierto solamente si es medicamento necesario y con autorización previa.
	<a href="#">Atención de urgencias</a>	\$15 por visita (PCP)	No están cubiertos	Atención de urgencias cubiertas con el PCP o

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra importante información
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
		\$22 por visita (especialista)		en instituciones de atención de urgencias de la red. Los centros de atención de urgencias en hospitales fuera de la red no están cubiertos.
Si necesita permanecer en el hospital	Costo de la instalación (por ej., habitación en el hospital)	\$250 por visita	No están cubiertos	Atención médica como internado programada a elección cubierta de acuerdo a la necesidad médica y sujeta a la autorización previa. Las admisiones que no son de emergencia requieren la presentación del formulario de autorización previa cinco días antes de la admisión. Las admisiones de urgencia requieren la presentación de la autorización dentro de un día hábil de la admisión.
	Honorarios del médico/cirujano	Sin cargo	No están cubiertos	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes externos	\$15 por visita	No están cubiertos	Requiere la autorización previa después de 12 visitas de terapia como paciente externo por año de beneficios. Los servicios de abuso de sustancias dentro de la red no requieren autorización previa.
	Servicios para internados	\$250 por visita	No están cubiertos	
Si está embarazada	Visitas al consultorio	\$15 por visita (PCP) \$22 por visita (especialista)	No están cubiertos	No se aplica la <u>participación en el costo</u> para los <u>servicios preventivos</u> . Los proveedores deben presentar un formulario de registro prenatal a nuestro equipo de gestión médica.
	Parto/servicios de un profesional durante el parto	Sin cargo	No están cubiertos	
	Parto/servicios de una institución durante el parto	\$250 por visita	No están cubiertos	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otra necesidad médica	<a href="#">Atención de la salud a domicilio</a>	Sin cargo	No están cubiertos	Requiere autorización previa si los servicios son diarios o duran más de 6 meses.
	<a href="#">Servicios de rehabilitación</a>	\$22 por visita	No están cubiertos	Máximo de 60 días totales combinados de

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Qué pagará usted		Limitaciones, excepciones y otra importante información
		Proveedor de la red (Usted pagará menos)	Proveedor fuera de la red (Usted pagará más)	
especial				fisioterapia y terapia ocupacional de rehabilitación por miembro por año de beneficios. Sin límite en la terapia del habla. Podría requerir la autorización previa para la terapia del habla, fisioterapia y ocupacional luego de la evaluación inicial. Máximo de un total de 60 días calendario por año de beneficios para servicios a internados. Requiere autorización previa.
	<a href="#">Servicios de habilitación</a>	\$22 por visita	No están cubiertos	Máximo de 60 días totales combinados de fisioterapia y terapia ocupacional de habilitación por miembro por año de beneficios. Sin límite en la terapia del habla. Podría requerir la autorización previa para la terapia del habla, fisioterapia y ocupacional luego de la evaluación inicial. Máximo de un total de 60 días calendario por año de beneficios para servicios a internados. Requiere autorización previa.
	<a href="#">Atención de enfermería especializada</a>	Sin cargo	No están cubiertos	Máximo de 100 días calendario totales por año de beneficios. Requiere autorización previa.
	<a href="#">Equipo médico durable</a>	Sin cargo	No están cubiertos	Podría requerir autorización previa. (Ver la lista en tuftshealthplan.com.)
	<a href="#">Servicios en un hospicio</a>	Sin cargo	No están cubiertos	Requiere autorización previa
Si su niño necesita atención dental o de la vista	Examen oftalmológico para niños	\$15 por visita	No están cubiertos	Cobertura de exámenes de rutina de la vista para miembros de 18 años y menores una vez cada 12 meses
	Anteojos para niños	Sin cargo	No están cubiertos	Cobertura de anteojos para miembros de 18 años y menores una vez cada 12 meses. Armazones de colección solamente.
	Reconocimiento dental para niños	Sin cargo	No están cubiertos	Cubierto para el reconocimiento pediátrico dental para miembros de 18 años y menores

### Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su [plan](#) generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para más información y para obtener una lista de otros [servicios excluidos](#).)

- |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                    |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cirugía plástica</li><li>• Atención dental (adulto) (excepto en casos de emergencia)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado a largo plazo</li><li>• Cuidado que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE.UU.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeras privadas</li></ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Otros servicios cubiertos (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su [plan](#).)

- |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Servicios de abortos</li><li>• Acupuntura para tratar el abuso de sustancias</li><li>• Cirugía bariátrica con autorización previa</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención de un quiropráctico (podría requerir la autorización previa)</li><li>• Audífonos (de 21 años y menores, cubiertos hasta \$2,000 por oído cada 36 meses)</li><li>• Tratamiento de infertilidad con autorización previa</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidado de la vista de rutina (adulto)</li><li>• Atención del pie de rutina para diabéticos (adulto)</li><li>• Programas para bajar de peso cubiertos los primeros 3 meses</li></ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Sus derechos a continuar la cobertura:** Hay agencias que pueden ayudar si desea continuar su cobertura después que termine. La información de contacto de dichas agencias es: División de Seguros de Massachusetts al 877.563.4467 o [mass.gov/doi](http://mass.gov/doi). Otras opciones de cobertura podrían estar disponibles para usted, incluyendo comprar la cobertura del seguro individual a través del [Mercado](#) del Seguro de Salud. Para más información sobre el [Mercado](#), visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1.800.318.2596. Para más información sobre sus derechos a continuar la cobertura, comuníquese con Tufts Health Plan al 888.257.1985 (TTY: 888.391.5535).

**Sus derechos a presentar una queja y apelación:** Hay agencias que pueden ayudar si tiene una queja contra su [plan](#) por el rechazo de una [reclamación](#). Esta queja se llama un [agravio](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha [reclamación](#) médica. Los documentos de su [plan](#) también proveen información completa para presentar una [reclamación](#), [apelación](#), o un [agravio](#) por cualquier razón a su [plan](#). Para más información sobre sus derechos, esta notificación o recibir asistencia, puede contactar a:

- Servicios para miembros de Tufts Health Plan llamando al 888.257.1985 (TTY: 888.391.5535)
- Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE.UU. llamando al 866.444.EBSA (3272) o [dol.gov/ebsa/healthreform](http://dol.gov/ebsa/healthreform)
- División de Seguros de Massachusetts llamando al 617.521.7794

### ¿Provee este plan una cobertura esencial mínima? Sí

Si no tiene una [cobertura esencial mínima](#) por un mes, tendrá que hacer un pago cuando presenta su declaración impositiva a menos que califique para una exención del requerimiento de tener cobertura de salud durante dicho mes.

### ¿Cumple este plan las normas de valor mínimo? Sí

Si su [plan](#) no cumple las [normas de valor mínimo](#), podría ser elegible para recibir un [crédito impositivo por la prima](#) que le ayudará a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

### Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en español, llame al 888.257.1985.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 888.257.1985.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 888.257.1985.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 888.257.1985.

----- *Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de muestra, consulte la sección siguiente.*-----

Sobre estos ejemplos cubiertos:



**Esto no es un calculador de costos.** Los tratamientos que aparecen son ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que recibe, los precios que cobran sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Preste atención a los montos de [participación en el costo](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y los [servicios excluidos](#) según el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría tener que pagar usando [planes](#) de salud diferentes. Por favor, note que estos ejemplos de cobertura se basan en la cobertura personal solamente.

**Peg va a tener un bebé**

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en el hospital)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- Copago a [especialista](#) \$22
- [Copago](#) a Hospital (institución) \$250

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*)  
 Parto/servicios de un profesional durante el parto  
 Parto/servicios de una institución durante el parto  
 Pruebas de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)  
 Visita a especialistas (*anestesia*)

**Costo total del ejemplo \$12,700**

En este ejemplo, Peg tendría que pagar:

<i>Participación en el costo</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Peg debería pagar es</b>	<b>\$300</b>

**Controlar la diabetes tipo 2 de Joe**

(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- Copago a [especialista](#) \$22
- [Copago](#) a Hospital (institución) \$250

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del proveedor primario de cuidados médicos (*incluye educación sobre la enfermedad*)  
 Pruebas de diagnóstico (*análisis de sangre*)  
 Medicamentos recetados  
 Equipo médico durable (*medidor de la glucosa*)

**Costo total del ejemplo \$7,400**

En este ejemplo, Joe tendría que pagar:

<i>Participación en el costo</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$60
<b>El total que Joe debería pagar es</b>	<b>\$960</b>

**Fractura simple de Mia**

(visita a la sala de emergencias de la red y atención de seguimiento)

- El [deducible](#) general del [plan](#) \$0
- Copago a [especialista](#) \$22
- [Copago](#) a Hospital (institución) \$250

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (*incluye suministros médicos*)  
 Pruebas de diagnóstico (*radiografías*)  
 Equipo médico durable (*muletas*)  
 Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*)

**Costo total del ejemplo \$1,900**

En este ejemplo, Mia tendría que pagar:

<i>Participación en el costo</i>	
Deducibles	\$0
Copagos	\$300
Coseguro	\$0
<i>Qué no está cubierto</i>	
Límites o exclusiones	\$0
<b>El total que Mia debería pagar es</b>	<b>\$300</b>