

# Direct Bronze 3550 con Coseguro

## Resumen de beneficios y costos compartido



Este Resumen de beneficios y costos compartidos le da información sobre los servicios cubiertos y costos que tal vez deba pagar de su plan *Tufts Health Direct*. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el Resumen de beneficios y costos compartidos para su nivel de plan específico. Para saber qué nivel de plan *Tufts Health Direct* tiene, vea su tarjeta de identificación de Afiliado de Tufts Health Plan.

Es posible que su plan *Tufts Health Direct* también tenga un Deducible. Un Deducible es la cantidad que usted paga por determinados Servicios cubiertos en un Año de beneficios antes de que Tufts Health Plan comience a pagar dichos Servicios cubiertos. Usted es responsable de pagar los Deducibles, Copagos y Coseguros indicados en este documento.

Este resumen le entrega una visión general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre los beneficios y términos en mayúscula, consulte su [Manual del afiliado de Tufts Health Direct](https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2020) (<https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2020>).

**Para recibir los servicios debe atenderse con Proveedores (médicos, Hospitales, y otros profesionales de atención de salud) que forman parte de la Red de proveedores de Tufts Health Direct.** En el caso de la Atención primaria, primero debe ver al Proveedor de atención primaria (PCP, Primary Care Provider) que figura en su registro. Los servicios solo están cubiertos para los Proveedores de la red, salvo para atención de Emergencia y Atención de urgencia fuera del Área de servicio.

Los servicios fuera de la red necesitan Autorización previa, salvo para atención de Emergencia y Atención de urgencia fuera del Área de servicio.

Siempre consulte el sitio web [tuftshealthplan.com/find-a-doctor](https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor) para obtener la información más actualizada de Proveedores de la red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de *Tufts Health Direct* o si necesita ayuda para ubicar un Proveedor de la red, llámenos al **888.257.1985**.

### DEDUCIBLE ANUAL COMBINADO

Individual	\$3,550
------------	---------

Familiar	\$7,100
----------	---------

### CANTIDAD ANUAL MÁXIMA DE GASTOS DE BOLSILLO COMBINADOS

Individual	\$8,150
------------	---------

Familiar	\$16,300
----------	----------

El Deducible, Coseguro y Copagos se aplican a la Cantidad máxima de gastos de bolsillo. El Deducible familiar y Cantidad máxima de gastos de bolsillo de este plan han incorporado deducibles individuales y cantidades máximas de gastos de bolsillo, lo que significa que el Deducible individual y la Cantidad máxima de gastos de bolsillo indicados anteriormente se aplica a cada Familiar individual. Esto garantiza que ningún afiliado de un plan familiar tenga que cubrir el Deducible familiar total o la Cantidad máxima de gastos de bolsillo por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de familiares alcance el Deducible familiar o la Cantidad máxima de gastos de bolsillo, se considerará que toda la familia habrá alcanzado el Deducible o Cantidad máxima de gastos de bolsillo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Atención en la Sala de Emergencias</b>	Coseguro del 40% después del Deducible	Se necesita notificación dentro de un plazo de 48 horas, si es hospitalizado. No se aplica el copago, si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Servicios de aborto</b>	Consulte "Cirugía ambulatoria"	
<b>Acupuntura</b>	Copago de \$90 después del Deducible	30 consultas por Año de beneficios. No hay límite para el tratamiento de Salud conductual.
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del Deducible	Solo transporte de emergencia; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia con Autorización previa.
<b>Tratamiento de trastornos del espectro autista</b> • Análisis conductual aplicado (ABA, Applied Behavioral Analysis)	Copago de hasta \$50	Necesita Autorización previa. Incluye análisis, evaluaciones, exámenes y tratamiento; tiene cobertura en casa, en forma ambulatoria o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta. No se incluye en los requisitos de autorización de beneficios de terapia individual o de orientación.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia
<b>Extractores de leche</b>	Coseguro del 30% después del Deducible	Se limita a un beneficio máximo de un extractor de grado no hospitalario por embarazo. El extractor de leche de grado hospitalario necesita Autorización previa. <b>No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*</b> De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados de equipo médico duradero (DME, durable medical equipment).
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	Copago de \$90 después del Deducible	
<b>Quimioterapia</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Atención quiropráctica</b>	Copago de \$90 después del Deducible	

\*Servicios preventivos de Tufts Health Direct: <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/preventive-services>

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS**

<b>Cuidado del paladar o labio hendidos</b>	Coseguro del 40 % después del Deducible. Puede aplicarse Copago por cita en el consultorio o cirugía relacionada.	Con cobertura para afiliados menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, orales y cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
<b>Ensayos clínicos (calificados)</b>	Depende del lugar del servicio	Servicios de atención de rutina para pacientes cubiertos para Afiliados en un ensayo clínico calificado de acuerdo con los mandatos estatales y federales.
<b>Servicios dentales (solo pediátricos), casos que no son de emergencia (Delta Dental)</b>		Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
Servicios tipo I: Preventivos y de diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Cubre 2 exámenes por año para control dental pediátrico para afiliados menores de 18 años. La ortodoncia Médicamente necesaria necesita Autorización previa.
Servicios tipo II: Servicios cubiertos básicos	Coseguro del 25% después del Deducible	
Servicios tipo III: Servicios de restauración mayor	Coseguro del 50% después del Deducible	
Servicios tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente necesaria)	Coseguro del 50% después del Deducible	
<b>Educación sobre la diabetes</b>		<b>No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*</b> De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados de cita en el consultorio.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cita en el consultorio, no preventiva, del Proveedor de atención primaria.</li> </ul>	Copago de \$50	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Especialista</li> </ul>	Copago de \$90 después del Deducible	
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (lo que incluye estudios del sueño fuera de un entorno de hospitalización)	Se puede necesitar un Copago o costos compartidos relacionados de cita en el consultorio u hospitalización.	Los estudios del sueño pueden necesitar Autorización previa.
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del Deducible	
<b>Programa de control de enfermedades:</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros al <b>888.257.1985</b> para analizar nuestros programas de control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asma</li> <li>Diabetes</li> <li>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</li> <li>Insuficiencia cardíaca congestiva</li> </ul>		
<b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 30% después del Deducible	La cobertura comprende, entre otros, el arriendo o compra de equipo médico, algunos repuestos y reparaciones. Se necesita Autorización previa cuando el DME cuesta \$1,000 o más y para ciertos servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en <a href="http://tuftshealthplan.com">tuftshealthplan.com</a> ).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prótesis</li> <li>Órtesis</li> <li>Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>Pelucas</li> </ul>		

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS****Servicios de intervención temprana**

Sin cargo

Con cobertura para afiliados menores de 3 años; incluye exámenes, evaluaciones y análisis, consultas individuales y sesiones grupales. Un especialista certificado de intervención temprana debe prestar los servicios.

**Cuidado de los ojos (cuidado de la vista)**

Copago de \$50 (rutina)

Copago de \$90 después del Deducible por todos los servicios de la vista que no son de rutina

Cobertura para exámenes de la vista de rutina para afiliados menores de 18 años cada 12 meses. Para los Afiliados mayores de 18 años, hay cobertura para exámenes de la vista de rutina cada 12 meses para los diabéticos y cada 24 meses para los no diabéticos. Los anteojos tienen cobertura cada 12 meses para los afiliados menores de 18 años. Solo marcos de colección. Un Proveedor de la Red EyeMed Vision Care debe realizar los exámenes de la vista de rutina para poder obtener cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para que le indiquen los nombres de los proveedores de EyeMed. Para servicios de la vista que no son de rutina, visite [tuftshhealthplan.com/find-a-doctor](http://tuftshhealthplan.com/find-a-doctor).

**Planificación familiar**

• Preventiva

Sin cargo

**No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.\*** De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados de cita en el consultorio o de laboratorio.

• No preventiva

Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de cita en el consultorio o de laboratorio

**Reembolso por acondicionamiento físico**

Con cobertura por 3 meses

Con cobertura por 3 meses en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Suscriptores una vez cada Año de beneficios después de haber estado afiliado durante 4 meses. Consulte el *Manual del afiliado de Tufts Health Direct* para obtener más información sobre las limitaciones.

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS**

**Servicios de recuperación de habilidades (Fisioterapia, Terapia ocupacional, Terapia del habla)**

Copago de \$90 después del Deducible

Máximo de 60 consultas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia ocupacional de recuperación de habilidades por Afiliado por Año de beneficios. No hay límites para la Terapia del habla.  
Se necesita autorización previa en un entorno de hospitalización. En un entorno ambulatorio, la Fisioterapia y la Terapia ocupacional necesitan una Autorización previa después de la consulta 11. La Terapia del habla necesita una Autorización previa después de la consulta 30.

**Audífonos**

Coseguro del 30% después del Deducible

Con cobertura para afiliados menores de 21 años. Esto incluye el costo de un audífono 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* y los costos compartidos correspondientes del Afiliado, según se indica en este documento. Los servicios e insumos relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000. Es posible que ciertos audífonos no tengan cobertura, como el audífono intracanal interno (CIC, Completely in Canal).

**Atención de salud domiciliaria**

Sin cargo después del Deducible

Necesita Autorización previa si es diaria o se prolonga por más de seis meses.

**Cuidados paliativos**

Sin cargo después del Deducible

Necesita Autorización previa.

**Servicios de imagenología (Avanzada: MRI, CT, PET)**

Coseguro del 40% después del Deducible

Los servicios de imagenología avanzada necesitan Autorización previa.

**Terapia individual u orientación**

Copago de \$50

Se necesita autorización previa después de 12 consultas de terapia ambulatoria de Salud conductual por cada Año de beneficios. No se necesita Autorización previa para las consultas de tratamiento del consumo de sustancias.

**Tratamiento de la infertilidad**

Copago de \$90 después del Deducible

Necesita Autorización previa.

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS****Atención médica para pacientes hospitalizados** (lo que incluye la cirugía bariátrica)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Habitación y comida (incluye partos, cirugía, servicios de radiología, exámenes de laboratorio)</li> </ul>	Coseguro del 40% después del Deducible	No se necesita autorización previa para hospitalizaciones derivadas de la Sala de Emergencias. Se debe notificar al plan dentro de un plazo de 48 horas después del ingreso. Las hospitalizaciones electivas necesitan Autorización previa y notificación 5 días hábiles antes del ingreso. Los estudios del sueño pueden necesitar Autorización previa.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Honorarios profesionales</li> </ul>	Coseguro del 40% después del Deducible	

**Salud mental o consumo de sustancias para pacientes hospitalizados**

	Coseguro del 40% por estadía después del Deducible	No se necesita autorización previa. Se debe notificar al plan dentro de un plazo de 48 horas después del ingreso.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT, Intensive community based acute treatment) para niños y adolescentes</li> </ul>	Sin cargo	

**Atención intermedia, lo que incluye servicios de Salud conductual para niños y adolescentes**

	Sin cargo	Solo se necesita Autorización previa para ciertos servicios de Salud conductual para niños y adolescentes. Consulte la página 38 de su <i>Manual del afiliado de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre estos servicios.
--	-----------	--

**Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes preventivos de laboratorio</li> </ul>	Sin cargo	Comprenden exámenes de sangre, análisis de orina, exámenes de Papanicolau y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. Debe ser un laboratorio de la red. Las pruebas genéticas pueden necesitar Autorización previa. <b>No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*</b> De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes no preventivos de laboratorio</li> </ul>	Coseguro del 40% después del Deducible	

**Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, Medication-Assisted Treatment)**

	Copago de \$50	Ciertos medicamentos pueden necesitar Autorización previa.
--	----------------	--

**Tratamiento con metadona (dosificación, orientación, exámenes de laboratorio)**

	Copago de \$50	El tratamiento no se incluye en los requisitos de autorización de beneficios de terapia individual o de orientación.
--	----------------	--

**MinuteClinic®**

	Copago de \$50	
--	----------------	--

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS****Asesoramiento nutricional**

• Preventiva	Sin cargo	<b>No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*</b> De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.
• No preventiva	Copago de \$90 después del Deducible	

**Citas en el consultorio**

• Atención preventiva, exámenes de detección, inmunización y vacunas por parte del Proveedor de atención primaria	Sin cargo	
• Cita en el consultorio, no preventiva, del Proveedor de atención primaria.	Copago de \$50	
• Especialista	Copago de \$90 después del Deducible	Si se necesita una derivación, su tarjeta de identificación de afiliado dirá "Se necesita derivación del PCP".
• Consulta en el Centro de Atención de Urgencia (UCC, Urgent Care Center)	Copago de \$90 después del Deducible	

**Trasplante de órganos** (incluye los trasplantes de médula ósea)

Consulte "Atención médica para pacientes hospitalizados"

Necesita Autorización previa.

**Cirugía ambulatoria**

(hospital para pacientes ambulatorios, centros de cirugía ambulatoria)

Se necesita autorización previa para ciertos servicios. Llámenos al **888.257.1985** para obtener más información.

• Servicios profesionales	Coseguro del 40% después del Deducible
• Tarifa del establecimiento	Coseguro del 40% después del Deducible

**Farmacia****Medicamentos de farmacias minoristas** (suministro para hasta 30 días)

• Nivel 1 (principalmente enfocado en los medicamentos genéricos)	Copago de \$35 después del Deducible	Consulte el <a href="#">Formulario</a> para conocer requisitos específicos de Autorización previa. <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos tienen cobertura total. Consulte el <a href="#">Formulario</a> para ver una lista completa.</li> </ul> <b>NOTA:</b> Los medicamentos anticancerígenos recetados y administrados por vía oral utilizados para eliminar o desacelerar el crecimiento de células cancerosas tienen cobertura sin costos compartidos para un suministro de hasta 30 días.
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)	Coseguro del 50% después del Deducible	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas preferidas)	Coseguro del 50% después del Deducible	

**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS****Farmacia**

Medicamentos de farmacias de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)

• Nivel 1 (principalmente enfocado en los medicamentos genéricos)	Copago de \$70 después del Deducible	<p>Consulte el <a href="#">Formulario</a> para conocer requisitos específicos de Autorización previa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos tienen cobertura total. Consulte el <a href="#">Formulario</a> para ver una lista completa.</li> </ul>
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)	Coseguro del 50% después del Deducible	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas preferidas)	Coseguro del 50% después del Deducible	

**Fisioterapia, Terapia ocupacional o Terapia del habla (Rehabilitación ambulatoria a corto plazo)**

Copago de \$90 después del Deducible

Máximo de 60 consultas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia ocupacional de rehabilitación por Afiliado por Año de beneficios. No hay límites para la Terapia del habla. Se necesita Autorización previa en un entorno de hospitalización. En un entorno ambulatorio, la Fisioterapia y la Terapia ocupacional necesitan una Autorización previa después de la consulta 11. La Terapia del habla necesita una Autorización previa después de la consulta 30.

**Podología**

Copago de \$90 después del Deducible

Los servicios de cuidado de rutina de pies para personas no diabéticas necesita Autorización previa.

**Cuidado prenatal**

Sin cargo

• Preventiva	Sin cargo	<p><b>No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*</b> De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.</p>
• No preventiva	Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de cita en el consultorio o de laboratorio	

**Radioterapia**

Sin cargo después del Deducible

Puede necesitar Autorización previa.

**Cirugía y procedimientos reconstructivos**

Consulte "Cirugía ambulatoria"

Consulte la sección "Servicios cubiertos" del *Manual del afiliado de Tufts Health Direct* para conocer las limitaciones. Puede necesitar Autorización previa.

**Hospital de rehabilitación u hospital para enfermedades crónicas**

Coseguro del 40% por estadía después del Deducible

Máximo de 60 días en total por Afiliado por Año de beneficios. Puede necesitar Autorización previa.

**Establecimiento de enfermería especializada**

Coseguro del 40% por estadía después del Deducible

Máximo de 100 días en total por Afiliado por Año de beneficios. Se necesita Autorización previa.



**SERVICIOS CUBIERTOS****COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS****Programas de tratamiento de consumo de sustancias**

- Servicios mejorados de tratamiento agudo (E-ATS, Enhanced acute treatment services)

Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados

- Programa ambulatorio estructurado de adicciones (SOAP, Structured outpatient addiction program)

Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados

Consulte [tuftshealthplan.com](http://tuftshealthplan.com) para conocer una lista completa de programas ofrecidos y requisitos de Autorización previa.

**Atención de urgencia**

Copago de \$90 después del Deducible

La atención de urgencia dentro del área de servicio tiene cobertura sin Autorización previa en centros o clínicas de atención de urgencia dentro de la red o si la prestan solo proveedores de la red. Los UCC fuera de la red dentro del área de servicio necesitan autorización previa para tener cobertura. La atención de urgencia fuera del área de servicio tiene cobertura sin autorización previa. Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.

**Programas para bajar de peso**

Con cobertura por 3 meses

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

Debe llenar un [formulario de reembolso de programas para bajar de peso](#).

Consulte el *Manual del afiliado de Tufts Health Direct* para obtener más información sobre las limitaciones.

**Servicios de rayos X e imagenología de diagnóstico**

Coseguro del 40% después del Deducible

**Servicios no cubiertos**

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del Afiliado de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.