

Direct Platinum

Resumen de beneficios y costos compartidos



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 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	\$0
------------	-----

Familiar	\$0
----------	-----

CANTIDAD ANUAL MÁXIMA DE GASTOS DE BOLSILLO COMBINADOS

Individual	\$3,000
------------	---------

Familiar	\$6,000
----------	---------

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
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de \$150	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
Servicios de aborto	Consulte "Cirugía ambulatoria"	
Acupuntura	Copago de \$40	30 consultas por Año de beneficios. No hay límite para el tratamiento de Salud conductual.
Ambulancia	Sin cargo	Solo transporte de emergencia; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia con Autorización previa.
Tratamiento de trastornos del espectro autista • Análisis conductual aplicado (ABA, Applied Behavioral Analysis)	Copago de \$20	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.
Servicios de lactancia	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia
Extractores de leche	Coseguro del 20 %	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. No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.* De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados de equipo médico duradero (DME, durable medical equipment).
Rehabilitación cardíaca	Copago de \$40	
Quimioterapia	Sin cargo	
Atención quiropráctica	Copago de \$40	

*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
Cuidado del paladar o labio hendidos	Sin cargo. 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.
Ensayos clínicos (calificados)	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.
Servicios dentales (solo pediátricos), casos que no son de emergencia (Delta Dental)		Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
Servicios tipo I: Preventivos y de diagnóstico	Sin cargo	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%	
Servicios tipo III: Servicios de restauración mayor	Coseguro del 50%	
Servicios tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente necesaria)	Coseguro del 50%	
Educación sobre la diabetes		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.
<ul style="list-style-type: none"> • Cita en el consultorio, no preventiva, del Proveedor de atención primaria. 	Copago de \$20	
<ul style="list-style-type: none"> • Especialista 	Copago de \$40	
Exámenes de diagnóstico (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.
Servicios de diálisis	Sin cargo	
Programa de control de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Insuficiencia cardíaca congestiva 	Sin cargo	Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros al 888.257.1985 para analizar nuestros programas de control de enfermedades.
Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Pelucas 	Coseguro del 20 %	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 tuftshealthplan.com).

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 \$20 (rutina)

Copago de \$40 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.

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 \$40

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 20 %

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

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

Cuidados paliativos

Sin cargo

Necesita Autorización previa.

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

Copago de \$150

Los servicios de imagenología avanzada necesitan Autorización previa.

Terapia individual u orientación

Copago de \$20

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 \$40

Necesita Autorización previa.

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

- Habitación y comida (incluye partos, cirugía, servicios de radiología, exámenes de laboratorio)

Copago de \$500 por estadía

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.

- Honorarios profesionales

Sin cargo

Salud mental o consumo de sustancias para pacientes hospitalizados

Copago de \$500 por estadía

No se necesita autorización previa. Se debe notificar al plan dentro de un plazo de 48 horas después del ingreso.

- Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT, Intensive community based acute treatment) para niños y adolescentes

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 *Manual del afiliado de Tufts Health Direct* para obtener más información sobre estos servicios.

Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio

- Exámenes preventivos de laboratorio

Sin cargo

- Exámenes no preventivos de laboratorio

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. **No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.*** De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.

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

Sin cargo

Ciertos medicamentos pueden necesitar Autorización previa.

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

Sin cargo

El tratamiento no se incluye en los requisitos de autorización de beneficios de terapia individual o de orientación.

MinuteClinic®

Copago de \$20

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

• Preventiva	Sin copago	No hay cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos.* De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.
• No preventiva	Copago de \$40	

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 \$20	
• Especialista	Copago de \$40	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 \$40	

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	Sin cargo
• Tarifa del establecimiento	Copago de \$250

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

• Nivel 1 (principalmente enfocado en los medicamentos genéricos)	Copago de \$10	Consulte el Formulario para conocer requisitos específicos de Autorización previa. <ul style="list-style-type: none">• Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos tienen cobertura total. Consulte el Formulario para ver una lista completa. NOTA: 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)	Copago de \$25	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas preferidas)	Copago de \$50	

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 \$20	Consulte el Formulario para conocer requisitos específicos de Autorización previa. • Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos tienen cobertura total. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)	Copago de \$50	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas preferidas)	Copago de \$150	

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

Copago de \$40

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 \$40

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

Cuidado prenatal

• 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.
• No preventiva	Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de cita en el consultorio o de laboratorio	

Radioterapia

Sin cargo

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

Copago de \$500 por estadía

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

Establecimiento de enfermería especializada

Copago de \$500 por estadía

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**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Servicios mejorados de tratamiento agudo (E-ATS, Enhanced acute treatment services) | <p>Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Programa ambulatorio estructurado de adicciones (SOAP, Structured outpatient addiction program) | <p>Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de pacientes ambulatorios o pacientes hospitalizados</p> |

Consulte tuftshealthplan.com para conocer una lista completa de programas ofrecidos y requisitos de Autorización previa.

Atención de urgencia

Copago de \$40

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

Sin cargo

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.