

## **Direct Bronze 3550 con Coseguro**

### **Resumen de Beneficios y Costos compartidos**



Este *Resumen de Beneficios y Costos compartidos* 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 usted es elegible en el *Resumen de Beneficios y Costos compartidos* para su nivel de *Plan* específico. Para saber qué nivel de *Tufts Health Direct Plan* tiene, verifique su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su *Plan de Tufts Health Direct* también tenga un *Deducible*. Un *Deducible* es el monto que usted paga por ciertos *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 montos de *Deducible*, *Copago* y/o *Coseguro* que se indican en este documento.

Este *Resumen* le brinda una comprensión general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y términos en mayúscula, consulte su [Manual del miembro de Tufts Health Direct](https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2021) (<https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2021>).

#### **Debe acudir a Proveedores (médicos, Hospitales y otros profesionales del cuidado de la salud) que forman parte de la Red de proveedores de Tufts Health Direct para obtener los servicios.**

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. Los servicios solo están cubiertos para *Proveedores dentro de la red*, excepto para atención de *Emergencia* y *Atención de urgencia fuera del área de servicio*.

Los servicios fuera de la red requieren *Autorización previa*, excepto para atención de *Emergencia* y *Atención de urgencia fuera del área de servicio*. El *Área de servicio* es para todo el estado de Massachusetts EXCEPTO los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web [tuftshealthplan.com/find-a-doctor](https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor) para obtener la información más actualizada sobre *Proveedores dentro de la red*. 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).

#### **DEDUCIBLE ANUAL COMBINADO**

<b>Individual</b>	\$3,550
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$7,100
-----------------	---------

#### **DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO**

<b>Individual</b>	\$8,550
-------------------	---------

<b>Familiar</b>	\$17,100
-----------------	----------

El *Deducible*, *Coseguro* y *Copagos* se aplican a su *Desembolso máximo*. El *Deducible* y el *Desembolso máximo* familiar de este *Plan* han incorporado *Deducibles* y desembolsos máximos individuales, lo que significa que el *Deducible* y el *Desembolso máximo* individual indicados anteriormente se aplican a cada *Miembro* individual de la familia. Esto garantiza que ningún *Miembro* de un *Plan* familiar tenga que cubrir el *Deducible* o *Desembolso máximo* familiar total por su cuenta. Una vez que cualquier combinación de *Miembros* de la familia alcanza el *Deducible* y/o el *Desembolso máximo* familiar, se considerará que toda la familia ha alcanzado el *Deducible* y/o el *Desembolso máximo*.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Atención en la sala de emergencias</b>	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas, si es ingresado al <i>Hospital</i> . No se aplica el <i>Copago</i> si es hospitalizado.
SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Servicios de aborto</b>	Consulte "Cirugía <i>ambulatoria</i> "	
<b>Acupuntura</b>	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	
<b>Ambulancia</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	<i>Transporte de Emergencia</i> cubierto sin <i>Autorización previa</i> ; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de <i>Emergencia</i> con <i>Autorización previa</i> .
<b>Tratamiento de trastornos del espectro autista</b>	<i>Copago de \$90</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> . Incluye análisis, evaluaciones, exámenes y tratamiento; tiene cobertura en casa, <i>para Pacientes externos</i> 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 aplican las limitaciones de los beneficios de terapia física, ocupacional y del habla.
<b>Servicios de lactancia</b>	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia
<b>Bombas para los senos</b>	<i>Coseguro del 30% después del Deducible</i>	Se limita a un beneficio máximo de una bomba de grado no <i>Hospitalario</i> por embarazo. No se requiere <i>Autorización previa</i> .  <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de DME relacionados.
<b>Rehabilitación cardíaca</b>	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	
<b>Administración de quimioterapia</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
<b>Atención quiropráctica</b>	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Cuidado del paladar o labio hendidos</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>  Se puede aplicar un <i>Copago</i> adicional de visita al consultorio o cirugía	Con cobertura para <i>Miembros</i> de 18 años y menores. Incluye servicios médicos, dentales, orales y de 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 <i>Miembros</i> 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: <i>Preventivos</i> y de diagnóstico	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Se cubren 2 exámenes por año para chequeo dental pediátrico para <i>Miembros</i> de 18 años y menores. La ortodoncia médicamente necesaria requiere <i>Autorización previa</i> .  Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección <i>Servicios cubiertos</i> del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> .
Servicios tipo II: <i>Servicios cubiertos básicos</i>	<i>Coseguro</i> del 25% después del <i>Deducible</i>	
Servicios tipo III: Servicios de restauración mayor	<i>Coseguro</i> del 50% después del <i>Deducible</i>	
Servicios tipo IV: Ortodoncia (solo si es médicamente necesaria)	<i>Coseguro</i> del 50% después del <i>Deducible</i>	
<b>Educación sobre la diabetes</b>		<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio relacionados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita al consultorio <i>no preventiva del Proveedor primario de cuidados médicos</i></li> </ul>	<i>Copago</i> de \$90	Sin cargo para el <a href="#">programa Buenas Medidas disponible para Miembros de Direct</a> .
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Especialista</i></li> </ul>	<i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i>	
<b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios sobre el sueño fuera de un entorno <i>Hospitalario</i> )	Se puede requerir <i>Copago</i> o <i>Costos compartidos de paciente hospitalizado</i> o de visita al consultorio relacionados	Los estudios sobre el sueño requieren <i>Autorización previa</i> .
<b>Servicios de diálisis</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
<b>Programas para el control de enfermedades:</b>	Sin cargo	Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Asma</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiencia cardíaca congestiva</li> </ul>		

3 \*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
<p><b>Equipo médico duradero</b></p> <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>	<p><i>Coseguro</i> del 30% después del <i>Deducible</i></p> <p><i>Coseguro</i> del 25% después del <i>Deducible</i> se aplica a prótesis de brazos y piernas.</p>	<p>La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere <i>Autorización previa</i> 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>).</p>
<p><b>Servicios de intervención temprana</b></p>	<p>Sin cargo</p>	<p>Con cobertura para <i>Miembros</i> de 3 años y menores; incluye exámenes, evaluaciones y valoraciones para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios deben ser proporcionados por un <i>Especialista</i> certificado en intervención temprana.</p>
<p><b>Cuidado de la vista (cuidado de los ojos)</b></p>	<p><i>Copago</i> de \$90 (rutina)</p> <p><i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i> para servicios de la vista que no son de rutina</p>	<p>Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina para <i>Miembros</i> de 18 años y menores una vez cada 12 meses. Para <i>Miembros</i> mayores de 18 años, hay cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para diabéticos y una vez cada 24 meses para no diabéticos. Los anteojos tienen cobertura una vez cada 12 meses para <i>Miembros</i> de 18 años o menores. Solo monturas de colección.</p> <p>Un <i>Proveedor</i> de la <i>Red</i> de EyeMed Vision Care debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para obtener los nombres de los proveedores de EyeMed.</p> <p>Para servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="http://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/find-a-doctor</a>.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Planificación familiar</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Preventiva</li> </ul>	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>No preventiva</li> </ul>	Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados	de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.
<b>Reembolso por acondicionamiento físico</b>	Con cobertura por 3 meses	Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Suscriptores una vez cada <i>Año de beneficios</i> después de ser <i>Miembro</i> durante 4 meses. Consulte el <i>Manual del miembro de Tufts Health Direct</i> para obtener más información sobre las limitaciones.
<b>Servicios de recuperación de habilidades (Terapia física/ocupacional/del habla)</b>	<i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i>	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Terapia física y ocupacional de recuperación de habilidades por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . No hay límites para la Terapia del habla.  La Terapia física y la Terapia ocupacional requieren una <i>Autorización previa</i> después de la visita 11. La Terapia del habla requiere una <i>Autorización previa</i> después de la visita 30.
<b>Prótesis auditivas</b>	<i>Coseguro</i> del 30% después del <i>Deducible</i>	Con cobertura para <i>Miembros</i> 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 <i>Tufts Health Direct</i> como los costos compartidos correspondientes del <i>Miembro</i> , como se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de \$2,000.
<b>Atención médica a domicilio</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> si es diaria o se prolonga por más de seis meses.
<b>Hospicio</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> .

5 \*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>Servicios de toma de imágenes (Avanzada: MRI, CT, PET)</b>	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	Los servicios de toma de imágenes avanzada requieren <i>Autorización previa</i> .
<b>Toma de imágenes (servicios de radiografía y diagnóstico)</b>	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	
<b>Terapia individual/asesoramiento</b>	<i>Copago de \$90</i>	No hay límites para las visitas y no se requiere <i>Autorización previa</i> para las visitas de terapia de salud conductual <i>Ambulatoria</i> o el tratamiento por consumo de sustancias.
<b>Tratamiento contra la infertilidad.</b>	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> .
<b>Atención médica para pacientes hospitalizados</b> (incluida la cirugía bariátrica)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tarifa del centro (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/radiología y análisis de laboratorio)</li> </ul>	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	No se requiere <i>Autorización previa</i> para admisiones de <i>pacientes hospitalizados</i> desde la sala de <i>Emergencias</i> . Se requiere una notificación al <i>Plan</i> en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Honorarios profesionales</li> </ul>	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	Las admisiones electivas requieren <i>Autorización previa</i> y notificación 5 días hábiles antes de la admisión.  Es posible que los estudios sobre el sueño requieran <i>Autorización previa</i> .
<b>Salud mental y/o consumo de sustancias de pacientes hospitalizados</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT, por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes</li> </ul>	<i>Sin cargo</i>	No se requiere <i>Autorización previa</i> para la admisión. Se requiere una notificación al <i>Plan</i> en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión del <i>paciente hospitalizado</i> .
<b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud conductual para niños y adolescentes</b>	<i>Sin cargo</i>	Solo se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios de Salud conductual para niños y adolescentes. Consulte la sección "Servicios cubiertos" del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre estos servicios.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de laboratorio <i>preventivos</i></li> </ul>	Sin cargo	<p>Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar <i>dentro de la red</i>. Es posible que las pruebas genéticas requieran <i>Autorización previa</i>.</p> <p><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b>, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de laboratorio relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de laboratorio no <i>preventivos</i></li> </ul>	<i>Coseguro</i> del 40% después del <i>Deducible</i>	
<hr/>		
<b>Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)</b>	Sin cargo	Es posible que ciertos medicamentos requieran <i>Autorización previa</i> .
<hr/>		
<b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>	Sin cargo	
<hr/>		
<b>MinuteClinic®</b>	<i>Copago</i> de \$90	Una clínica de atención sin cita previa accesible en locales selectos de CVS.
<hr/>		
<b>Asesoramiento nutricional</b>		
<hr/>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Preventivo</i></li> </ul>	Sin cargo	<p><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b>, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No <i>preventivo</i></li> </ul>	<i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i>	
<hr/>		

**SERVICIOS CUBIERTOS**
**COSTOS COMPARTIDOS**
**LÍMITES Y OBSERVACIONES  
A LOS BENEFICIOS**
**Visitas al consultorio**

• <i>Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización/vacunas por parte del Proveedor primario de cuidados médicos</i>	Sin cargo	
• <i>Visita al consultorio no preventiva del Proveedor primario de cuidados médicos</i>	Copago de \$90	
• <i>Especialista</i>	Copago de \$150 después del Deducible	
• <i>Visita al Centro de atención de urgencias (UCC, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$150 después del Deducible	<p>Debe visitar un UCC en nuestra <i>Área de servicio</i> (todo Massachusetts EXCEPTO los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra <i>Red</i> para que los servicios estén cubiertos. En nuestra <i>Área de servicio</i>, si obtiene servicios en un UCC <i>Fuera de la red</i> o en un UCC en un <i>Hospital fuera de la red</i>, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra <i>Área de servicio</i>, los servicios de <i>Emergencia</i> y los UCC independientes están cubiertos en establecimientos de <i>Proveedores Fuera de la red</i>, incluidos <i>Hospitales</i> y clínicas.</p> <p>Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.</p>

<b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención médica para <i>pacientes hospitalizados</i> "	Requiere <i>Autorización previa</i> .
---	--	---------------------------------------

<b>Cirugía ambulatoria</b> (Hospital para pacientes externos/centros de cirugía ambulatoria)		Se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.
---	--	--

• Servicios de profesionales/cirujanos	Coseguro del 40% después del Deducible	
--	--	--

• Servicios de cirugía y tarifa del centro	Coseguro del 40% después del Deducible	
--	--	--



## SERVICIOS CUBIERTOS

## COSTOS COMPARTIDOS

LÍMITES Y OBSERVACIONES  
A LOS BENEFICIOS

## Farmacia

Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 *días*)

- *Nivel 1* (Medicamentos genéricos)

*Copago* de \$35 después del *Deducible*

Consulte el [Formulario](#) para conocer los requisitos específicos de *Autorización previa*.

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

*Coseguro* del 50% después del *Deducible*

- Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios *Preventivos* están cubiertos en su totalidad. Consulte el [Formulario](#) para ver una lista completa.

- *Nivel 3* (Medicamentos de marcas no preferidas)

*Coseguro* del 50% después del *Deducible*

**NOTA:** Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin *Costos compartidos* para un suministro de hasta 30 días.

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

- *Nivel 1* (Medicamentos genéricos)

*Copago* de \$70 después del *Deducible*

Consulte el [Formulario](#) para conocer los requisitos específicos de *Autorización previa*.

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

*Coseguro* del 50% después del *Deducible*

- Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios *Preventivos* están cubiertos en su totalidad. Consulte el [Formulario](#) para ver una lista completa.

- *Nivel 3* (Medicamentos de marcas no preferidas)

*Coseguro* del 50% después del *Deducible*

**NOTA:** Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin *Costos compartidos* para un suministro de hasta 30 días.

**Terapia física/ocupacional/del habla (Rehabilitación *ambulatoria* a corto plazo)**

*Copago* de \$150 después del *Deducible*

Máximo de 60 visitas en total combinadas de Terapia física y ocupacional de rehabilitación por *Miembro por Año de beneficios*. No hay límites para la Terapia del habla.

La Terapia física y la Terapia ocupacional requieren una *Autorización previa* después de la visita 11. La Terapia del habla requiere *Autorización previa* después de la visita 30.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Podología</b>	<i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i>	El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para <i>Miembros</i> con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el torrente sanguíneo de los pies.
<b>Cuidado prenatal</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Preventivo</b></li> </ul>	Sin cargo	<b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos*</a></b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No preventivo</b></li> </ul>	Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados	
<b>Radioterapia</b>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
<b>Cirugía y procedimientos reconstructivos</b>	Consulte "Cirugía ambulatoria"	Consulte la sección "Servicios cubiertos" del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
<b>Hospital de rehabilitación u Hospital de enfermedades crónicas</b>	<i>Coseguro</i> del 40% después del <i>Deducible</i>	Máximo de 60 días en total por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
<b>Centro de enfermería especializada</b>	<i>Coseguro</i> del 40% después del <i>Deducible</i>	Máximo de 100 días en total por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . Se requiere <i>Autorización previa</i> .
<b>Programas para el tratamiento por consumo de sustancias</b>	Se pueden aplicar <i>Costos compartidos de pacientes externos o pacientes hospitalizados</i> relacionados	Consulte la sección "Servicios de Salud conductual cubiertos (salud mental y/o consumo de sustancias)" del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre estos servicios.
<b>Telemedicina</b>	Se pueden aplicar <i>Costos compartidos de pacientes externos</i> relacionados	Solicite al consultorio de <i>sus</i> proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a la telemedicina.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<b>Atención de urgencia</b>	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	<p>Debe visitar un UCC en nuestra <i>Área de servicio</i> (todo Massachussetts EXCEPTO los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra <i>Red</i> para que los servicios estén cubiertos. En nuestra <i>Área de servicio</i>, si obtiene servicios en un UCC <i>Fuera de la red</i> o en un UCC en un <i>Hospital fuera de la red</i>, no tendrá cobertura.</p> <p>Fuera de nuestra <i>Área de servicio</i>, los servicios de <i>Emergencia</i> y los UCC independientes están cubiertos en establecimientos de <i>Proveedores Fuera de la red</i>, incluidos <i>Hospitales</i> y clínicas.</p> <p>Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.</p>

<b>Programas de pérdida de peso</b>	Con cobertura por 3 meses	<p>Debe ser un <i>Miembro de Tufts Health Direct</i> durante tres meses y participar en un programa de pérdida de peso calificado (los programas actuales son Jenny Craig, Weight Watchers y Nutrisystem) durante al menos tres meses consecutivos. Cada <i>Miembro</i> de un <i>Plan</i> familiar puede solicitar un reembolso del programa de pérdida de peso una vez por <i>Año de beneficios</i>.</p> <p>Debe completar un <a href="#">formulario de reembolso de programas de pérdida de peso</a>.</p> <p>Consulte el <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre las limitaciones.</p>
-------------------------------------	---------------------------	---

## 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 cubiertos.