

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 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

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

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

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO

Individual	\$8,550
-------------------	---------

Familiar	\$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
Atención en la sala de emergencias	<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
Servicios de aborto	Consulte "Cirugía <i>ambulatoria</i> "	
Acupuntura	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	
Ambulancia	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> .
Tratamiento de trastornos del espectro autista	<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.
Servicios de lactancia	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia
Bombas para los senos	<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> . Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos* , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de DME relacionados.
Rehabilitación cardíaca	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	
Administración de quimioterapia	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
Atención quiropráctica	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
Cuidado del paladar o labio hendidos	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.
Ensayos clínicos (calificados)	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.
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: <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 Manual del miembro de Tufts Health Direct .
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>	
Educación sobre la diabetes		Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos* , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio relacionados. Sin cargo para el programa Buenas Medidas disponible para Miembros de Direct .
<ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio <i>no preventiva del Proveedor primario de cuidados médicos</i> 	<i>Copago</i> de \$90	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Especialista</i> 	<i>Copago</i> de \$150 después del <i>Deducible</i>	
Exámenes de diagnóstico (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> .
Servicios de diálisis	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
Programas para el control de enfermedades: <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) • Insuficiencia cardíaca congestiva 	Sin cargo	Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros llamando al 888.257.1985 para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.

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>Equipo médico duradero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Pelucas 	<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> para ciertos servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en tuftshealthplan.com).</p>
<p>Servicios de intervención temprana</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>Cuidado de la vista (cuidado de los ojos)</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 tuftshealthplan.com/find-a-doctor.</p>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
Planificación familiar		
<ul style="list-style-type: none"> Preventiva 	Sin cargo	Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos* , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.
<ul style="list-style-type: none"> No preventiva 	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.
Reembolso por acondicionamiento físico	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.
Servicios de recuperación de habilidades (Terapia física/ocupacional/del habla)	<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.
Prótesis auditivas	<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.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> si es diaria o se prolonga por más de seis meses.
Hospicio	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
Servicios de toma de imágenes (Avanzada: MRI, CT, PET)	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	Los servicios de toma de imágenes avanzada requieren <i>Autorización previa</i> .
Toma de imágenes (servicios de radiografía y diagnóstico)	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</i>	
Terapia individual/asesoramiento	<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.
Tratamiento contra la infertilidad.	<i>Copago de \$150 después del Deducible</i>	Requiere <i>Autorización previa</i> .
Atención médica para pacientes hospitalizados (incluida la cirugía bariátrica)		
<ul style="list-style-type: none"> Tarifa del centro (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/radiología y análisis de laboratorio) 	<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"> Honorarios profesionales 	<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> .
Salud mental y/o consumo de sustancias de pacientes hospitalizados		
<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT, por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes 	<i>Coseguro del 40% después del Deducible</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> .
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud conductual para niños y adolescentes	Sin cargo	Solo se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios de Salud conductual 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 CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio		
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de laboratorio <i>preventivos</i> 	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>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos*, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de laboratorio relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Análisis de laboratorio no <i>preventivos</i> 	<i>Coseguro</i> del 40% después del <i>Deducible</i>	
<hr/>		
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)	Sin cargo	Es posible que ciertos medicamentos requieran <i>Autorización previa</i> .
<hr/>		
Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)	Sin cargo	
<hr/>		
MinuteClinic®	<i>Copago</i> de \$90	Una clínica de atención sin cita previa accesible en locales selectos de CVS.
<hr/>		
Asesoramiento nutricional		
<hr/>		
<ul style="list-style-type: none"> <i>Preventivo</i> 	Sin cargo	<p>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos*, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> No <i>preventivo</i> 	<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 <i>Deducible</i>	
• <i>Visita al Centro de atención de urgencias (UCC, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$150 después del <i>Deducible</i>	<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>
Trasplante de órganos (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención médica para <i>pacientes hospitalizados</i> "	Requiere <i>Autorización previa</i> .
Cirugía ambulatoria (<i>Hospital para pacientes externos/centros de cirugía ambulatoria</i>)		Se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios. Llámenos al 888.257.1985 para obtener más información.
• Servicios de profesionales/cirujanos	Coseguro del 40% después del <i>Deducible</i>	
• Servicios de cirugía y tarifa del centro	Coseguro del 40% después del <i>Deducible</i>	

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
Podología	<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.
Cuidado prenatal		
• Preventivo	Sin cargo	Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de servicios preventivos* , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.
• No preventivo	Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados	
Radioterapia	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Consulte "Cirugía ambulatoria"	Consulte la sección "Servicios cubiertos" del Manual del miembro de Tufts Health Direct para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
Hospital de rehabilitación u Hospital de enfermedades crónicas	<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> .
Centro de enfermería especializada	<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> .
Programas para el tratamiento por consumo de sustancias	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 Manual del miembro de Tufts Health Direct para obtener más información sobre estos servicios.
Telemedicina	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
Atención de urgencia	<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>

Programas de pérdida de peso	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 formulario de reembolso de programas de pérdida de peso.</p> <p>Consulte el Manual del miembro de Tufts Health Direct 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.