

Direct Platinum

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

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

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO

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

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

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 | Copago de \$150 | 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 ambulatoria" | |
| Acupuntura | Copago de \$40 | |
| Ambulancia | Sin cargo | <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 | Copago de \$20 | 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 <i>Beneficios</i> de terapia física, ocupacional y del habla. |
| <ul style="list-style-type: none"> Análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) Beneficios de terapia física, ocupacional y del habla disponibles | | |
| Servicios de lactancia | Sin cargo | Incluye consultores de lactancia |
| Bombas para los senos | Coseguro del 20% | Se limita a un <i>Beneficio</i> 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 | Copago de \$40 | |
| Administración de quimioterapia | Sin cargo | |
| Atención quiropráctica | Copago de \$40 | |

| SERVICIOS CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS |
|---|---|--|
| Cuidado del paladar o labio hendidos | Sin cargo 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 | 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</i> básicos | <i>Coseguro</i> del 25% | |
| Servicios tipo III: Servicios de restauración mayor | <i>Coseguro</i> del 50% | |
| Servicios tipo IV: Ortodoncia (solo si es médicamente necesaria) | <i>Coseguro</i> del 50% | |
| 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> Visita al consultorio <i>no preventiva del Proveedor primario de cuidados médicos</i> | <i>Copago</i> de \$20 | Sin cargo para el programa Buenas Medidas disponible para Miembros de Direct . |
| <ul style="list-style-type: none"> <i>Especialista</i> | <i>Copago</i> de \$40 | |
| 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 | |
| Programas para el control de enfermedades: | 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> Asma Diabetes Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) Insuficiencia cardíaca congestiva | | |

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 |
|---|--|--|
| Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Pelucas | <i>Coseguro</i> del 25% | <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 tuftshealthplan.com).</p> |
| Servicios de intervención temprana | Sin cargo | <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> |
| Cuidado de la vista (cuidado de los ojos) | <p><i>Copago</i> de \$20 (rutina)</p> <p><i>Copago</i> de \$40 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 <i>proveedores</i> 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"> • <i>Preventiva</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> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>No preventiva</i> | 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 <i>Beneficio</i> está disponible para los Suscriptores una vez cada <i>Año de beneficios</i> después de ser <i>Miembro</i> durante 4 meses. Consulte el Manual del miembro de Tufts Health Direct para obtener más información sobre las limitaciones. |
| Servicios de recuperación de habilidades (Terapia física/ocupacional/del habla) | <i>Copago</i> de \$40 | <p>Máximo de 60 visitas en total combinadas de Terapia física y ocupacional de <i>recuperación de habilidades</i> por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i>. No hay límites para la Terapia del habla.</p> <p>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.</p> |
| Prótesis auditivas | <i>Coseguro</i> del 25% | 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. |

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 |
|--|------------------------------------|---|
| Atención médica a domicilio | Sin cargo | Requiere <i>Autorización previa</i> si es diaria o se prolonga por más de seis meses. |
| Hospicio | Sin cargo | Requiere <i>Autorización previa</i> . |
| Servicios de toma de imágenes (Avanzada: MRI, CT, PET) | <i>Copago</i> de \$150 | Los servicios de toma de imágenes avanzada requieren <i>Autorización previa</i> . |
| Toma de imágenes (servicios de radiografía y diagnóstico) | Sin cargo | |
| Terapia individual/asesoramiento | <i>Copago</i> de \$20 | 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</i> de \$40 | 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>Copago</i> de \$500 por estadía | 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 | Sin cargo | 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 | Sin cargo | 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> . |

| SERVICIOS CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS |
|---|-----------------------|---|
| 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. |
| <hr/> | | |
| Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio | | 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> . 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. |
| • Análisis de laboratorio <i>preventivos</i> | Sin cargo | |
| • Análisis de laboratorio no <i>preventivos</i> | Sin cargo | |
| <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 \$20 | Una clínica de atención sin cita previa accesible en locales selectos de CVS. |
| <hr/> | | |
| Asesoramiento nutricional | | |
| <hr/> | | |
| • <i>Preventivo</i> | 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 <i>preventivo</i> | <i>Copago</i> de \$40 | |
| <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 \$20 | |
| • <i>Especialista</i> | Copago de \$40 | |
| • <i>Visita al Centro de atención de urgencias (UCC, por sus siglas en inglés)</i> | Copago de \$40 | <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*(Hospital para pacientes**externos/centros de cirugía ambulatoria)*

| | | |
|--|-----------------|--|
| • Servicios de profesionales/cirujanos | Sin cargo | Se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios. Llámenos al 888.257.1985 para obtener más información. |
| • Servicios de cirugía y tarifa del centro | Copago de \$250 | |

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 \$10
- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas) *Copago* de \$25
- *Nivel 3* (Medicamentos de marcas no preferidas) *Copago* de \$50

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

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

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 \$20
- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas) *Copago* de \$50
- *Nivel 3* (Medicamentos de marcas no preferidas) *Copago* de \$150

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

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

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 \$40

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 \$40 | 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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> • No preventivo | Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados | |
| Radioterapia | Sin cargo | 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>Copago</i> de \$500 por estadía | 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>Copago</i> de \$500 por estadía | 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 proveedores</i> información sobre la disponibilidad y el acceso a la telemedicina. |

| SERVICIOS CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS |
|-----------------------------|--------------------|--|
| Atención de urgencia | Copago de \$40 | <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.