

Direct Silver 2000 HSA

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.

Nota: Este *Plan* es un *Plan* de Salud con *Deducible* Alto (HDHP, por sus siglas en inglés) compatible con la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA, por sus siglas en inglés), según lo define el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Los Planes de Salud con *Deducible* Alto están sujetos a las normas del IRS que exigen que se cumpla con un *Deducible* mínimo antes de que el *Plan* de salud proporcione cobertura para atención no *preventiva*. El monto mínimo en dólares de *Deducible* se ajusta cada año para cumplir con los requisitos del IRS. Para obtener información adicional sobre las normas que rigen los planes HDHP, consulte <https://www.irs.gov/publications/p969>.

Su *plan Tufts Health Direct* tiene un *Deducible*. Un *Deducible* es el monto que *usted* debe pagar por ciertos *Servicios cubiertos* en un *Año de beneficios* antes de que Tufts Health Plan comience a pagar dichos *Servicios cubiertos*. El *Deducible* se aplica a todos los *Servicios cubiertos*, excepto como se indica en el "*Resumen de Beneficios y Costos compartidos*". El monto del *Deducible* que se aplica a *usted* y a los *Miembros* de su familia inscritos (si corresponde) cada *Año de beneficios* es:

| DEDUCIBLE ANUAL COMBINADO | |
|--|---------|
| Individual (<i>Plan</i> para una persona) | \$2,000 |
| Familiar (dos <i>Miembros</i> o más)* | \$4,000 |

| DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO | |
|-----------------------------------|----------|
| Individual | \$6,850 |
| Familiar** | \$13,700 |

El *Deducible*, *Coseguro* y *Copagos* se aplican a su *Desembolso máximo*.

*En el *Plan* familiar, no hay *Deducible* individual, lo que significa que todos los *Miembros* de la familia trabajan colectivamente para alcanzar el *Deducible del plan* familiar y es posible que una persona por sí sola cumpla con el *Deducible* familiar.

**Un *Desembolso máximo* individual está incorporado en el *Plan* familiar, lo que significa que el *Desembolso máximo* individual todavía se aplica a cada *Miembro* individual de la familia. Una vez que la familia alcanza el *Desembolso máximo* familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el *Desembolso máximo* y ningún *Miembro* de la familia tendrá costos compartidos adicionales por los *Servicios cubiertos*.

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*.

| SERVICIOS CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS |
|---|--|---|
| Atención en la sala de emergencias | <i>Copago</i> de \$300 después del <i>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</i> de \$60 después del <i>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</i> de \$30 después del <i>Deducible</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. |
| <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 | <i>Coseguro</i> del 20% después del <i>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</i> de \$60 después del <i>Deducible</i> | |
| Administración de quimioterapia | Sin cargo después del <i>Deducible</i> | |
| Atención quiropráctica | <i>Copago</i> de \$60 después del <i>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 <i>médicamente necesaria</i> 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% 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 <i>médicamente necesaria</i>) | <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 \$30 después del <i>Deducible</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Especialista</i> | <i>Copago</i> de \$60 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: | 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 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 |
|--|--|---|
| <p>Equipo médico duradero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Pelucas | <p><i>Coseguro del 20% después del Deducible</i></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 de \$30 después del Deducible (rutina)</i></p> <p><i>Copago de \$60 después del Deducible para servicios de la vista que no son de rutina</i></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 | 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"> • <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 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 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 \$60 después del <i>Deducible</i> | <p>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.</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 20% 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. |

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 |
|--|---|---|
| Hospicio | Sin cargo después del <i>Deducible</i> | Requiere <i>Autorización previa</i> . |
| Servicios de toma de imágenes (Avanzada: MRI, CT, PET) | <i>Copago</i> de \$500 después del <i>Deducible</i> | Los servicios de toma de imágenes avanzada requieren <i>Autorización previa</i> . |
| Toma de imágenes (servicios de radiografía y diagnóstico) | <i>Copago</i> de \$75 después del <i>Deducible</i> | |
| Terapia individual/asesoramiento | <i>Copago</i> de \$30 después del <i>Deducible</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</i> de \$60 después del <i>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>Copago</i> de \$750 por estadía después del <i>Deducible</i> | No se requiere <i>Autorización previa</i> para admisiones de <i>pacientes hospitalizados</i> desde la sala de Emergencias. 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 después del <i>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 | Sin cargo después del <i>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 después del <i>Deducible</i> | 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>Copago</i> de \$60 después del <i>Deducible</i> | |
| <hr/> | | |
| Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) | Sin cargo después del <i>Deducible</i> | Es posible que ciertos medicamentos requieran <i>Autorización previa</i> . |
| <hr/> | | |
| Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio) | Sin cargo después del <i>Deducible</i> | |
| <hr/> | | |
| MinuteClinic® | <i>Copago</i> de \$30 después del <i>Deducible</i> | 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 \$60 después del <i>Deducible</i> | |

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> | <i>Copago</i> de \$30 después del <i>Deducible</i> | |
| • <i>Especialista</i> | <i>Copago</i> de \$60 después del <i>Deducible</i> | |
| • <i>Visita al Centro de atención de urgencias (UCC, por sus siglas en inglés)</i> | <i>Copago</i> de \$60 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 | Sin cargo después del <i>Deducible</i> | |
| • Servicios de cirugía y tarifa del centro | <i>Copago</i> de \$500 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 \$30 después del *Deducible*

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

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

Copago de \$60 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)

Copago de \$105 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 \$60 después del *Deducible*

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

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

Copago de \$120 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)

Copago de \$315 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 \$60 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 \$60 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 | | |
| <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 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>Copago</i> de \$750 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>Copago</i> de \$750 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 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 | <i>Copago</i> de \$60 después del <i>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.