

Direct Silver 2000 II

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	\$2,000
------------	---------

Familiar	\$4,000
----------	---------

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>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 \$50	
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 \$25	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</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 \$50	
Administración de quimioterapia	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
Atención quiropráctica	<i>Copago</i> de \$50	

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 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 <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.
<ul style="list-style-type: none"> Visita al consultorio <i>no preventiva del Proveedor primario de cuidados médicos</i> 	<i>Copago</i> de \$25	
<ul style="list-style-type: none"> <i>Especialista</i> 	<i>Copago</i> de \$50	Sin cargo para el programa Buenas Medidas disponible para Miembros de Direct .
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</i> de \$25 (rutina)</p> <p><i>Copago</i> de \$50 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	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 \$50	<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	<i>Copago</i> de \$5 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 \$400 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 \$25	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 \$50	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 \$1,000 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 <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 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	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 dentro de la <i>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 \$50 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 \$25	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 \$50	
<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 \$25	
• <i>Especialista</i>	Copago de \$50	
• <i>Visita al Centro de atención de urgencias (UCC, por sus siglas en inglés)</i>	Copago de \$50	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de servicio (todo Massachussetts EXCEPTO los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra <i>Red</i> para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de servicio, 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 Área de servicio, 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.
• <i>Servicios de profesionales/cirujanos</i>	Sin cargo después del <i>Deducible</i>	
• <i>Servicios de cirugía y tarifa del centro</i>	Copago 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 \$25

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

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

Copago de \$50

- 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 \$75 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 \$50

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

- *Nivel 2* (Medicamentos de marcas preferidas)

Copago de \$100

- 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 \$225 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.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
Terapia física/ocupacional/del habla (Rehabilitación ambulatoria a corto plazo)	<i>Copago</i> de \$50	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Terapia física y ocupacional de rehabilitación por <i>Miembro por 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 <i>Autorización previa</i> después de la visita 30.
Podología	<i>Copago</i> de \$50	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 \$1,000 por estadía después del <i>Deducible</i>	Máximo de 60 días en total por <i>Miembro por Año de beneficios</i> . Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .
Centro de enfermería especializada	<i>Copago</i> de \$1,000 por estadía después del <i>Deducible</i>	Máximo de 100 días en total por <i>Miembro por Año de beneficios</i> . Se requiere <i>Autorización previa</i> .

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
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.
Atención de urgencia	<i>Copago</i> de \$50	<p>Debe visitar un UCC en nuestra Área de servicio (todo Massachussetts EXCEPTO los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra <i>Red</i> para que los servicios estén cubiertos. En nuestra Área de servicio, 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 Área de servicio, 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>

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS
<p>Programas de pérdida de peso</p>	<p>Con cobertura por 3 meses</p>	<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.