

# Direct Silver 2000

## Resumen de Beneficios y Costos compartidos



Este *Resumen de Beneficios y Costos compartidos* le brinda información sobre sus *Servicios cubiertos de Tufts Health Direct* y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el *Resumen de Beneficios y Costos compartidos* para su nivel de *Plan* específico. Para saber qué nivel de *Tufts Health Direct Plan* tiene, verifique su tarjeta de identificación de miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su *Plan de Tufts Health Direct* también tenga un *Deducible*. Un *Deducible* es el monto que usted paga por ciertos *Servicios cubiertos* en un *Año de beneficios* antes de que *Tufts Health Plan* comience a pagar dichos *Servicios cubiertos*. Usted es responsable de pagar los montos de *Deducible*, *Copago* y/o *Coseguro* que se indican en este documento.

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

**Debe acudir a Proveedores (médicos, Hospitales, y otros profesionales del cuidado de la salud) que forman parte de la Red de proveedores de Tufts Health Direct para obtener los servicios.** En el caso de la *Atención primaria*, debe ver al *Proveedor primario de cuidados médicos (PCP, por sus siglas en inglés)* que tiene registrado en el Portal para miembros. Los servicios solo están cubiertos para *Proveedores dentro de la red*, excepto para atención de *Emergencia* y *Atención de urgencia fuera del área de servicio*.

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

Siempre consulte el sitio web [tuftshealthplan.com/find-a-doctor](https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor) para obtener la información más actualizada sobre *Proveedores dentro de la red*. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de *Tufts Health Direct* o necesita ayuda para encontrar un *Proveedor dentro de la red*, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

### DEDUCIBLE ANUAL COMBINADO

|            |         |
|------------|---------|
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Atención en la sala de emergencias</b>                                                                                                                                                                                                       | <i>Copago de \$300 después del Deducible</i>  | Se requiere notificación en un plazo de 48 horas, si es ingresado al <i>Hospital</i> . No se aplica el <i>Copago</i> si es hospitalizado.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                                                                                                                                                                             | COSTOS COMPARTIDOS                            | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios de aborto</b>                                                                                                                                                                                                                      | Consulte "Cirugía <i>ambulatoria</i> "        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Acupuntura</b>                                                                                                                                                                                                                               | <i>Copago de \$50</i>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                                                                                                                                               | Sin cargo después del <i>Deducible</i>        | <i>Transporte de Emergencia</i> cubierto sin <i>Autorización previa</i> ; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de <i>Emergencia</i> con <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tratamiento de trastornos del espectro autista</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis conductual aplicado (ABA, por sus siglas en inglés)</li> <li>Beneficios de terapia física, ocupacional y del habla disponibles</li> </ul> | <i>Copago de \$25</i>                         | Requiere <i>Autorización previa</i> . Incluye análisis, evaluaciones, exámenes y tratamiento; tiene cobertura en casa, para Pacientes externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado por la junta o un analista conductual asistente certificado por la junta. No se aplican las limitaciones de los beneficios de terapia física, ocupacional y del habla. |
| <b>Servicios de lactancia</b>                                                                                                                                                                                                                   | Sin cargo                                     | Incluye consultores de lactancia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Bombas para los senos</b>                                                                                                                                                                                                                    | <i>Coseguro del 20% 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> .<br><br><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de DME relacionados.                                                  |
| <b>Rehabilitación cardíaca</b>                                                                                                                                                                                                                  | <i>Copago de \$50</i>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Administración de quimioterapia</b>                                                                                                                                                                                                          | Sin cargo después del <i>Deducible</i>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Atención quiropráctica</b>                                                                                                                                                                                                                   | <i>Copago de \$50</i>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                                                                                                                                                                                     | COSTOS COMPARTIDOS                                                                                                            | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado del paladar o labio hendidos</b>                                                                                                                                                                                                             | Sin cargo después del <i>Deducible</i><br><br>Se puede aplicar un <i>Copago</i> adicional de visita al consultorio o cirugía  | Con cobertura para <i>Miembros</i> de 18 años y menores. Incluye servicios médicos, dentales, orales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Ensayos clínicos (calificados)</b>                                                                                                                                                                                                                   | Depende del lugar del servicio                                                                                                | Servicios de atención de rutina para pacientes cubiertos para <i>Miembros</i> en un ensayo clínico calificado de acuerdo con los mandatos estatales y federales.                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Servicios dentales (solo pediátricos), casos que no son de Emergencia (Delta Dental)</b>                                                                                                                                                             |                                                                                                                               | Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Servicios tipo I: <i>Preventivos</i> y de diagnóstico                                                                                                                                                                                                   | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                                                                                        | Se cubren 2 exámenes por año para chequeo dental pediátrico para <i>Miembros</i> de 18 años y menores. La ortodoncia <i>médicamente necesaria</i> requiere <i>Autorización previa</i> .<br><br>Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección <i>Servicios cubiertos</i> del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> . |
| Servicios tipo II: <i>Servicios cubiertos</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>                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Educación sobre la diabetes</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               | <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio relacionados.                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Visita al consultorio no <i>preventiva</i> del <i>Proveedor primario de cuidados médicos</i></li> </ul>                                                                                                          | <i>Copago</i> de \$25                                                                                                         | Sin cargo para el <a href="#">programa Buenas Medidas disponible para Miembros de Direct</a> .                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Especialista</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                   | <i>Copago</i> de \$50                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Exámenes de diagnóstico</b> (incluidos estudios sobre el sueño fuera de un entorno Hospitalario)                                                                                                                                                     | Se puede requerir <i>Copago</i> o <i>Costos compartidos</i> de paciente hospitalizado o de visita al consultorio relacionados | Los estudios sobre el sueño requieren <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de diálisis</b>                                                                                                                                                                                                                            | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Programas para el control de enfermedades:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Asma</li> <li>Diabetes</li> <li>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)</li> <li>Insuficiencia cardíaca congestiva</li> </ul> | Sin cargo                                                                                                                     | Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros llamando al <b>888.257.1985</b> para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.                                                                                                                                                                                                             |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Equipo médico duradero</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prótesis</li> <li>• Órtesis</li> <li>• Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria</li> <li>• Pelucas</li> </ul> | Coseguro del 20% después del <i>Deducible</i>                                                                      | 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 <a href="https://tuftshealthplan.com">tuftshealthplan.com</a> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de intervención temprana</b>                                                                                                                                               | Sin cargo                                                                                                          | 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 Especialista certificado en intervención temprana.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Cuidado de la vista (cuidado de los ojos)</b>                                                                                                                                        | <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 proveedores de EyeMed.</p> <p>Para servicios de la vista que no son de rutina, visite <a href="https://tuftshealthplan.com/find-a-doctor">tuftshealthplan.com/ find-a-doctor</a>.</p> |

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                    | COSTOS COMPARTIDOS                                                                                  | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Planificación familiar</b>                                                          |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Preventiva</li> </ul>                           | Sin cargo                                                                                           | Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos*</a> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.                                                                                                                                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>No preventiva</li> </ul>                        | Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Reembolso por acondicionamiento físico</b>                                          | Con cobertura por 3 meses                                                                           | Con cobertura por 3 meses de membresía en un centro estándar de acondicionamiento físico; excluye cuotas de inicio. Este beneficio está disponible para los Suscriptores una vez cada <i>Año de beneficios</i> después de ser <i>Miembro</i> durante 4 meses. Consulte el <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre las limitaciones.                                                       |
| <b>Servicios de recuperación de habilidades (Terapia física/ocupacional/del habla)</b> | Copago de \$50                                                                                      | <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>                     |
| <b>Prótesis auditivas</b>                                                              | Coseguro 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. |
| <b>Atención médica a domicilio</b>                                                     | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                                                              | Requiere <i>Autorización previa</i> si es diaria o se prolonga por más de seis meses.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

5 \*Servicios preventivos de Tufts Health Direct: <https://tuftshealthplan.com/documents/providers/payment-policies/Preventive-services>

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                                                                                                          | COSTOS COMPARTIDOS                                                | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hospicio</b>                                                                                                                                                              | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                            | Requiere <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Servicios de toma de imágenes (Avanzada: MRI, CT, PET)</b>                                                                                                                | <i>Copago</i> de \$400 después del <i>Deducible</i>               | Los servicios de toma de imágenes avanzada requieren <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Toma de imágenes (servicios de radiografía y diagnóstico)</b>                                                                                                             | <i>Copago</i> de \$75 después del <i>Deducible</i>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Terapia individual/asesoramiento</b>                                                                                                                                      | <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.                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Tratamiento contra la infertilidad.</b>                                                                                                                                   | <i>Copago</i> de \$50                                             | Requiere <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Atención médica para pacientes hospitalizados</b> (incluida la cirugía bariátrica)                                                                                        |                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarifa del centro (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/cirugía/radiología y análisis de laboratorio)</li> </ul> | <i>Copago</i> de \$1,000 por estadía después del <i>Deducible</i> | <p>No se requiere <i>Autorización previa</i> para admisiones de pacientes hospitalizados 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.</p> <p>Las admisiones electivas requieren <i>Autorización previa</i> y notificación 5 días hábiles antes de la admisión.</p> <p>Es posible que los estudios sobre el sueño requieran <i>Autorización previa</i>.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Honorarios profesionales</li> </ul>                                                                                                   | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Salud mental y/o consumo de sustancias de pacientes hospitalizados</b>                                                                                                    | <i>Copago</i> de \$1,000 por estadía 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 paciente hospitalizado.                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT, por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes</li> </ul>                        | Sin cargo                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Atención intermedia, incluidos servicios de Salud conductual para niños y adolescentes</b>                                                                                | 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 <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre estos servicios.                                                                                                                                                                     |

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                       | COSTOS COMPARTIDOS                                 | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios ambulatorios y profesionales de laboratorio</b>                              |                                                    | <p>Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar <i>dentro de la red</i>. Es posible que las pruebas genéticas requieran <i>Autorización previa</i>.</p> <p><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b>, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de laboratorio relacionados.</p> |
| • Análisis de laboratorio <i>preventivos</i>                                              | Sin cargo                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| • Análisis de laboratorio no <i>preventivos</i>                                           | <i>Copago</i> de \$50 después del <i>Deducible</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés)</b> | Sin cargo                                          | Es posible que ciertos medicamentos requieran <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)</b>    | Sin cargo                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>MinuteClinic®</b>                                                                      | <i>Copago</i> de \$25                              | Una clínica de atención sin cita previa accesible en locales selectos de CVS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Asesoramiento nutricional</b>                                                          |                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| • <i>Preventivo</i>                                                                       | Sin cargo                                          | <p><b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos</a>*</b>, de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| • No <i>preventivo</i>                                                                    | <i>Copago</i> de \$50                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                                                                          | COSTOS COMPARTIDOS                                               | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Visitas al consultorio</b>                                                                                                |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| • <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 Massachusetts 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. 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> |
| <b>Trasplante de órganos</b> (incluidos los trasplantes de médula ósea)                                                      | Consulte "Atención médica para <i>pacientes hospitalizados</i> " | Requiere <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Cirugía ambulatoria</b> ( <i>Hospital</i> para pacientes externos/centros de cirugía ambulatoria)                         |                                                                  | Se requiere <i>Autorización previa</i> para ciertos servicios. Llámenos al <b>888.257.1985</b> para obtener más información.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Servicios de profesionales/cirujanos                                                                                       | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| • Servicios de cirugía y tarifa del centro                                                                                   | 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 <a href="#">Formulario</a> para conocer los requisitos específicos de <i>Autorización previa</i> .<br><br>• Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios <i>Preventivos</i> están cubiertos en su totalidad. Consulte el <a href="#">Formulario</a> para ver una lista completa.<br><br><b>NOTA:</b> Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin <i>Costos compartidos</i> para un suministro de hasta 30 días. |
| • Nivel 2 (Medicamentos de marcas preferidas)                                          | Copago de \$50                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Nivel 3 (Medicamentos de marcas no preferidas)                                       | Copago de \$75 después del <i>Deducible</i>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)                      |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Nivel 1 (Medicamentos genéricos)                                                     | Copago de \$50                               | Consulte el <a href="#">Formulario</a> para conocer los requisitos específicos de <i>Autorización previa</i> .<br><br>• Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios <i>Preventivos</i> están cubiertos en su totalidad. Consulte el <a href="#">Formulario</a> para ver una lista completa.<br><br><b>NOTA:</b> Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin <i>Costos compartidos</i> para un suministro de hasta 30 días. |
| • Nivel 2 (Medicamentos de marcas preferidas)                                          | Copago de \$100                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| • Nivel 3 (Medicamentos de marcas no preferidas)                                       | Copago de \$225 después del <i>Deducible</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Terapia física/ocupacional/del habla (Rehabilitación <i>ambulatoria</i> a corto plazo) | Copago de \$50                               | Máximo de 60 visitas en total combinadas de Terapia física y ocupacional de rehabilitación por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . No hay límites para la Terapia del habla.<br><br>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.                                                                                                                                                                 |

| SERVICIOS CUBIERTOS                                                   | COSTOS COMPARTIDOS                                                                                        | LÍMITES Y OBSERVACIONES A LOS BENEFICIOS                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Podología</b>                                                      | <i>Copago de \$50</i>                                                                                     | El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para <i>Miembros</i> con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el torrente sanguíneo de los pies.                                                     |
| <b>Cuidado prenatal</b>                                               |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                          |
| • <b>Preventivo</b>                                                   | Sin cargo                                                                                                 | <b>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la <a href="#">Política de servicios preventivos*</a></b> , de lo contrario, se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> relacionados.                                     |
| • <b>No preventivo</b>                                                | Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados       |                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Radioterapia</b>                                                   | Sin cargo después del <i>Deducible</i>                                                                    | Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .                                                                                                                                                                  |
| <b>Cirugía y procedimientos reconstructivos</b>                       | Consulte "Cirugía ambulatoria"                                                                            | Consulte la sección "Servicios cubiertos" del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .                           |
| <b>Hospital de rehabilitación u Hospital de enfermedades crónicas</b> | <i>Copago de \$1,000 por estadía después del Deducible</i>                                                | Máximo de 60 días en total por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . Es posible que se requiera <i>Autorización previa</i> .                                                                                     |
| <b>Centro de enfermería especializada</b>                             | <i>Copago de \$1,000 por estadía después del Deducible</i>                                                | Máximo de 100 días en total por <i>Miembro</i> por <i>Año de beneficios</i> . Se requiere <i>Autorización previa</i> .                                                                                                   |
| <b>Programas para el tratamiento por consumo de sustancias</b>        | Se pueden aplicar <i>Costos compartidos</i> de pacientes externos o pacientes hospitalizados relacionados | Consulte la sección "Servicios de Salud conductual cubiertos (salud mental y/o consumo de sustancias)" del <a href="#">Manual del miembro de Tufts Health Direct</a> para obtener más información sobre estos servicios. |
| <b>Telemedicina</b>                                                   | Se pueden aplicar <i>Costos compartidos de pacientes externos</i> relacionados                            | Solicite al consultorio de <i>sus</i> proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a la telemedicina.                                                                                                     |

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

### Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el *Manual del miembro de Tufts Health Direct* para conocer la lista de servicios no cubiertos.