Direct Bronze 3550

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 plan de *Tufts Health Direct* tiene, revise 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 la cantidad que usted paga por determinados 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 o coaseguro que se indican en este documento.

Este resumen le da una visión general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y términos escritos en mayúscula, consulte su ***Manual del miembro de Tufts Health Direct*** (https://tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2022).

Para recibir los servicios debe atenderse con proveedores (médicos, hospitales y otros profesionales de atención de la salud) que forman parte de la Red de Proveedores de *Tufts Health Direct*. 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 necesitan autorización previa, salvo para atención de emergencia y de urgencia fuera del área de servicio. El área de servicio abarca todo Massachusetts A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte la información más actualizada sobre proveedores dentro de la red. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de *Tufts Health Direct* o necesita ayuda para encontrar un Proveedor dentro de la red, llámenos al **888.257.1985** (TTY: 711).

DEDUCIBLE ANUAL COMBINADO	
Individual	$3,550
Familiar	$7,100
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO	
Individual	$8,550
Familiar	$17,100

El deducible, el coaseguro y los copagos se aplican a su desembolso máximo. El deducible familiar y el desembolso máximo de este plan han incorporado deducibles y desembolsos máximos individuales, lo que significa que el deducible individual y el desembolso máximo indicados anteriormente se aplican a cada familiar individual. 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 o el desembolso máximo familiar, se considerará que toda la familia ha alcanzado el deducible o el desembolso máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Atención en la sala de emergencias	Coaseguro del 40 % después del deducible	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas, si lo ingresan al hospital. No se aplica copago si lo hospitalizan.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Servicios de aborto	Consulte "Cirugía ambulatoria"	
Acupuntura	Copago de $150 por visita después del deducible	
Ambulancia	Sin cargo después del deducible	Transporte de emergencia cubierto sin autorización previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de emergencia con autorización previa.
Tratamiento de trastornos del espectro autista • Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés) • Beneficios de fisioterapia y terapias ocupacional y del habla disponibles	Copago de $90 por visita	Necesita autorización previa. Incluye valoraciones, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, para pacientes externos o en el consultorio si lo realiza un analista conductual certificado o un analista conductual asistente certificado. No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia y terapias ocupacional y del habla.
Servicios de lactancia	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.
Extractor de leche materna	Coaseguro del 30 % después del deducible	Se cubre la compra de un extractor manual o eléctrico, o el alquiler de uno de tipo hospitalario cuando el proveedor que lo solicita lo considere apropiado de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos. Límite de un extractor por embarazo. No se requiere autorización previa. Se requiere una receta. El extractor se debe obtener del proveedor de equipos médicos duraderos

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
		(DME por sus siglas en inglés) contratado. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos.*** * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos de DME relacionados.
Rehabilitación cardíaca	Copago de $150 por visita después del deducible	
Administración de quimioterapia	Sin cargo después del deducible	
Atención quiropráctica	Copago de $150 por visita después del deducible	
Cuidado del paladar hendido/labio leporino	Sin cargo después del deducible Es posible que se aplique un costo compartido adicional según el lugar de servicio	Con cobertura para miembros menores de 18 años. Incluye servicios médicos, dentales, bucales y de cirugía facial, seguimiento y servicios relacionados.
Ensayos clínicos (calificados)	Según el lugar del servicio	Servicios de atención de rutina para pacientes cubiertos para miembros 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: preventivos y de diagnóstico	Sin cargo después del deducible	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para miembros de 18 años y menores. La ortodoncia médicamente necesaria requiere autorización previa. Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios cubiertos" del ***Manual del miembro de Tufts Health Direct.***
Servicios tipo II: servicios cubiertos básicos	Coaseguro del 25 % después del deducible	
Servicios tipo III: servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50 % después del deducible	
Servicios tipo IV: ortodoncia (solo si es médicamente necesaria)	Coaseguro del 50 % después del deducible	

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

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Educación sobre la diabetes		**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos***. * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos de visitas al consultorio relacionadas. Sin cargo para el programa Good Measures (Buenas Medidas) disponible para miembros de Direct.
• Visita no preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de $90 por visita	
• Especialista	Copago de $150 por visita después del deducible	
Exámenes de diagnóstico (incluye estudios del sueño fuera de un entorno de hospitalización)	Puede que se requieran costos compartidos por visitas al consultorio o copagos por hospitalizaciones.	Los estudios sobre el sueño requieren autorización previa. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos.*** * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos según el tipo y de servicio y el lugar donde se ofrece.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del deducible	
Programas para el control de enfermedades: • Asma • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés) • Insuficiencia cardíaca congestiva	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros por el **888.257.1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Equipo médico duradero (DME) • Prótesis • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Pelucas	Coaseguro del 30 % después del deducible Coaseguro del 25 % después del deducible se aplica a prótesis de brazos y piernas.	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se necesita autorización previa para ciertos servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en tuftshealthplan.com).
Servicios de intervención temprana	Sin cargo	Con cobertura para miembros de hasta 3 años; incluye pruebas de detección, evaluaciones y valoraciones para admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios deben

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
		ser proporcionados por un especialista certificado en intervención temprana.
Cuidado de la vista (Vision Care)	Copago de $90 por visita Copago de $150 por visita después del deducible para servicios de la vista que no son de rutina	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina para miembros de 18 años y menores una vez cada 12 meses. Para los miembros mayores de 18 años hay cobertura para exámenes de la vista de rutina cada 12 meses para los diabéticos y cada 24 meses para los no diabéticos. Los anteojos tienen cobertura una vez cada 12 meses para miembros de 18 años o menores. Solo monturas de colección. Un proveedor de la red 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. Para conocer servicios de la vista que no son de rutina, visite tuftshealthplan.com/find-a-doctor.
Planificación familiar		
• Preventivo	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos***. * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.
• No preventivo	Visita a consultorio o análisis de laboratorio relacionado Puede que se apliquen costos compartidos	
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 miembros una vez

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

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
		cada año de beneficios después de ser miembro durante 4 meses. Consulte el ***Manual del miembro de Tufts Health Direct*** para obtener más información sobre las limitaciones.
Servicios de recuperación de habilidades (fisioterapia, terapias ocupacional y del habla)	Copago de $150 por visita después del deducible	Máximo de 60 consultas en total combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional de recuperación de habilidades por miembro por año de beneficios. No hay límites para la terapia del habla. La fisioterapia y la terapia ocupacional requieren autorización previa después de la visita 12. La terapia del habla necesita autorización previa después de la visita 30.
Audífonos	Coaseguro del 30 % después del deducible	Con cobertura para miembros 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 *Tufts Health Direct* y los costos compartidos correspondientes del miembro, según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de $2,000.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del deducible	Se requiere autorización previa para todos los servicios y disciplinas de atención domiciliaria.
Hospicio	Sin cargo después del deducible	Necesita autorización previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Servicios imagenología		
Preventivos	Sin costo	Los servicios de imagenología avanzada necesitan autorización previa. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos***. * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos de visitas al consultorio o de laboratorio relacionados.
Servicios de radiografía y diagnóstico	Coaseguro del 40 % después del deducible	
(Avanzado: IRM, TC, PET)	Coaseguro del 40 % después del deducible	
Terapia individual/ asesoramiento	Copago de $90 por visita	No hay límites para las visitas y no se requiere autorización previa para las visitas de terapia de salud conductual ambulatoria ni el tratamiento por consumo de sustancias.
Tratamiento contra la infertilidad	Copago de $150 por visita después del deducible	Necesita autorización previa.
Atención médica para pacientes hospitalizados (incluye cirugía bariátrica)		
• Tarifa del centro (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad, cirugía, radiología y análisis de laboratorio)	Coaseguro del 40 % después del deducible	No se requiere autorización previa para admisiones de pacientes hospitalizados desde la sala de emergencias. Se requiere una notificación al plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión. Las hospitalizaciones electivas necesitan autorización previa y notificación 5 días hábiles antes del ingreso. Los estudios del sueño pueden necesitar autorización previa.
• Honorarios profesionales	Coaseguro del 40 % después del deducible	
Salud mental o consumo de sustancias para pacientes hospitalizados	Coaseguro del 40 % después del deducible	No se requiere autorización previa para la admisión. Se requiere una notificación al plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión del paciente hospitalizado.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT por sus siglas en inglés) para niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere autorización previa para la admisión. Se requiere una notificación al plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión del paciente hospitalizado.
Atención intermedia, incluidos servicios de salud conductual para niños y adolescentes	Sin cargo	Solo se necesita autorización previa 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 ambulatorios y profesionales de laboratorio		Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. Debe ser un laboratorio dentro de la red. Es posible que las pruebas genéticas requieran autorización previa. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de servicios preventivos.*** * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos de laboratorio relacionados.
• Exámenes preventivos de laboratorio	Sin cargo	
• Exámenes de laboratorio no preventivos	Coaseguro del 40 % después del deducible	
Servicios de tratamiento asistido por medicamentos	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden necesitar autorización previa.
Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)	Sin cargo	
MinuteClinic®	Copago de $90 por visita	Una clínica de atención sin cita accesible en locales selectos de CVS.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Asesoramiento nutricional		
• Preventivo	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos*.*** De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.
• No preventivo	Copago de $150 por visita después del deducible	
Visitas al consultorio		
• Atención preventiva/exámenes de detección/inmunización/vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	
• Visita no preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de $90 por visita	
• Especialista	Copago de $150 por visita después del deducible	
• Consulta en el Centro de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés)	Copago de $150 por visita después del deducible	Debe visitar un UCC en nuestra área de servicio (todo Massachusetts A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra área de servicio, si obtiene servicios en un UCC fuera de la red o en un UCC en un hospital fuera de la red, no tendrá cobertura. Fuera de nuestra área de servicio, los centros de atención de urgencia (UCC) independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores fuera de la red, incluidos hospitales y clínicas. Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.
Trasplante de órganos (incluye trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención médica para pacientes hospitalizados"	Necesita autorización previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Cirugía ambulatoria (Hospital para pacientes externos/centros de cirugía ambulatoria)		Se necesita autorización previa para ciertos servicios. Llámenos al **888.257.1985** para obtener más información.
• Servicios de profesionales/cirujanos	Coaseguro del 40 % después del deducible	
• Servicios de cirugía y tarifa del centro	Coaseguro del 40 % después del deducible	
Farmacia		
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 días)		
• Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)	Copago de $35 después del deducible	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de autorización previa. • Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido. Consulte el Formulario para ver una lista completa. **NOTA:** Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin costos compartidos para un suministro de hasta 30 días.
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y preferidos)	Coaseguro del 50 % después del deducible	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas no preferidas)	Coaseguro del 50 % después del deducible	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)		
• Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)	Copago de $70 después del deducible	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de autorización previa. • Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de servicios preventivos están cubiertos sin costo compartido. Consulte el Formulario para ver una lista completa. **NOTA:** Los medicamentos contra el cáncer recetados y autoadministrados que se
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)	Coaseguro del 50 % después del deducible	
• Nivel 3 (medicamentos de marcas no preferidas)	Coaseguro del 50 % después del deducible	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
		usan para eliminar o retrasar el crecimiento de células cancerosas están cubiertos sin costos compartidos para un suministro de hasta 30 días.
Fisioterapia y terapias ocupacional y del habla (rehabilitación ambulatoria a corto plazo)	Copago de $150 por visita después del deducible	Máximo de 60 consultas en total combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional de rehabilitación por miembro por año de beneficios. No hay límites para la terapia del habla. La fisioterapia y la terapia ocupacional requieren autorización previa después de la visita 12. La terapia del habla requiere autorización previa después de la visita 30.
Podología	Copago de $150 por visita después del deducible	Los servicios de podología no rutinarios están cubiertos cuando son médicamente necesarios. Es posible que se requiera autorización previa. El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el torrente sanguíneo de los pies.
Cuidado prenatal		
• Preventivo	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la *Política de Servicios Preventivos*.*** De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.
• No preventivo	Visita a consultorio o análisis de laboratorio relacionado Puede que se apliquen costos compartidos	
Radioterapia	Sin cargo después del deducible	Puede necesitar autorización previa.
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Consulte "Cirugía ambulatoria"	Consulte la sección "Servicios cubiertos" del ***Manual del miembro de Tufts Health Direct*** para conocer las

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

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
		limitaciones. Puede necesitar autorización previa.
Hospital de rehabilitación u hospital para enfermedades crónicas	Coaseguro del 40 % después del deducible	Máximo de 60 días en total por miembro por año de beneficios. Puede necesitar autorización previa.
Centro de enfermería especializada	Coaseguro del 40 % después del deducible	Máximo de 100 días en total por miembro por año de beneficios. Se necesita autorización previa.
Programas para el tratamiento por consumo de sustancias	Se pueden aplicar costos compartidos de pacientes externos o pacientes hospitalizados relacionados	Consulte la sección "Servicios de salud conductual cubiertos (salud mental o consumo de sustancias)" del ***Manual del miembro de Tufts Health Direct*** para obtener más información sobre estos servicios.
Telemedicina	Se pueden aplicar costos compartidos relacionados de atención médica para pacientes externos	Solicite al consultorio de su proveedor información sobre la disponibilidad y el acceso a la telemedicina.
Atención de urgencia	Copago de $150 por visita después del deducible	Debe visitar un UCC en nuestra área de servicio (todo Massachusetts A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket) que esté en nuestra red para que los servicios estén cubiertos. En nuestra área de servicio, si obtiene servicios en un UCC fuera de la red o en un UCC en un hospital fuera de la red, no tendrá cobertura. Fuera de nuestra área de servicio, los centros de atención de urgencia (UCC) independientes están cubiertos en establecimientos de Proveedores fuera de la red, incluidos hospitales y clínicas. Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS
Programas de pérdida de peso	Sin costo para los primeros 3 meses de programas aprobados	Debe ser miembro de *Tufts Health Direct* 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 miembro de un plan familiar puede solicitar un reembolso del programa de pérdida de peso una vez por año de beneficios. Debe llenar un formulario de reembolso de programas para bajar de peso. Consulte el ***Manual del miembro de Tufts Health Direct*** para obtener más información sobre las limitaciones.

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.