

Direct Silver 2000 II

Resumen de beneficios y costos compartidos



Este *Resumen de beneficios y costos compartidos* le brinda información sobre sus servicios cubiertos de *Tufts Health Direct* y los costos que tal vez usted tenga que pagar. Asegúrese de revisar los servicios para los que usted es elegible en el *Resumen de beneficios y costos compartidos* para su nivel de plan específico. Para saber qué nivel de 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) (<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 | \$2,000 |
|-------------------|---------|

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

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL COMBINADO

| | |
|-------------------|---------|
| Individual | \$8,700 |
|-------------------|---------|

| | |
|-----------------|----------|
| Familiar | \$17,400 |
|-----------------|----------|

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 | Copago de \$300 después del deducible | Se requiere notificación en un plazo de 48 horas, si es ingresado al hospital. No se aplica el copago si lo hospitalizan. |
| SERVICIOS CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS |
| Servicios de aborto | Consulte "Cirugía ambulatoria" | |
| Acupuntura | Copago de \$50 por visita | |
| 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 | Copago de \$25 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés) Beneficios de fisioterapia y terapias ocupacional y del habla disponibles | | |
| Servicios de lactancia | Sin cargo | Incluye consultores de lactancia. |
| Extractor de leche materna | Coaseguro del 20 % 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 |

SERVICIOS CUBIERTOS**COSTOS COMPARTIDOS****LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS**

equipos médicos duraderos (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 \$50 por visita

Administración de quimioterapia

Sin cargo después del deducible

Atención quiropráctica

Copago de \$50 por visita

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

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

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 CUBIERTOS | COSTOS COMPARTIDOS | LÍMITES EN BENEFICIOS Y NOTAS |
|--|---|---|
| Educación sobre la diabetes | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Visita no preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos | Copago de \$25 por visita | <p>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.</p> <p>Sin cargo para el programa Good Measures (Buenas Medidas) disponible para miembros de Direct.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Especialista | Copago de \$50 por visita | |
| 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. | <p>Los estudios sobre el sueño requieren autorización previa.</p> <p>Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos. * De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos según el tipo de servicio y el lugar donde se ofrece.</p> |
| Servicios de diálisis | | |
| | Sin cargo después del deducible | |
| Programas para el control de enfermedades: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Asma Diabetes Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD por sus siglas en inglés) Insuficiencia cardíaca congestiva | 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) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prótesis Órtesis Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria Pelucas | Coaseguro del 20 % después del deducible | 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 |

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

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 \$25 por visita (de rutina)

Copago de \$50 para servicios médicos 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
- No preventivo

Sin cargo

Visita a consultorio o análisis de laboratorio relacionado
Puede que se apliquen costos compartidos

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.

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

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 \$50 por visita

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 20 % 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

Copago de \$5 por visita 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. |
| Servicios de radiografía y diagnóstico (Avanzado: IRM, TC, PET) | Copago de \$75 después del deducible Copago de \$375 después del deducible | 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. |
| Terapia individual/ asesoramiento | Copago de \$25 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 \$50 por visita | Necesita autorización previa. |
| Atención médica para pacientes hospitalizados (incluye cirugía bariátrica) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Tarifa del centro (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad, cirugía, radiología y análisis de laboratorio) | Copago de \$750 por estadía 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. |
| <ul style="list-style-type: none"> Honorarios profesionales | Sin cargo después del deducible | Las hospitalizaciones electivas necesitan autorización previa y notificación 5 días hábiles antes del ingreso. Los estudios del sueño pueden necesitar autorización previa. |
| Salud mental o consumo de sustancias para pacientes hospitalizados | Copago de \$750 por estadía 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. |

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

| 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 | Copago de \$45 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 \$25 por visita | Una clínica de atención sin cita accesible en locales selectos de CVS. |

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

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 \$50 por visita | |

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 \$25 por visita | |
| • Especialista | Copago de \$50 por visita | |
| • Consulta en el Centro de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés) | Copago de \$50 por visita | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.</p> |

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| 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 | Sin cargo después del deducible |
| • Servicios de cirugía y tarifa del centro | Copago de \$500 después del deducible |

Farmacia

Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 días)

- | | |
|---|--------------------------------------|
| • Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos) | Copago de \$25 |
| • Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y preferidos) | Copago de \$50 |
| • Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo y marcas no preferidas) | Copago de \$75 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.

Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)

- | | |
|--|---------------------------------------|
| • Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos) | Copago de \$50 |
| • Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas) | Copago de \$100 |
| • Nivel 3 (medicamentos de marcas no preferidas) | Copago de \$225 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

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 \$50 por visita

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 \$50 por visita

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
- No preventivo

Sin cargo

Visita a consultorio o análisis de laboratorio relacionado
Puede que se apliquen costos compartidos

Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la [Política de Servicios Preventivos](#).* De lo contrario, se pueden aplicar costos compartidos relacionados.

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 | Copago de \$750 después del deducible | Máximo de 60 días en total por miembro por año de beneficios. Puede necesitar autorización previa. |
| Centro de enfermería especializada | Copago de \$750 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 sus proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a la telemedicina. |
| Atención de urgencia | Copago de \$50 por visita | <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Los costos compartidos pueden variar dependiendo del lugar del servicio.</p> |

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

Servicios no cubiertos

Consulte la sección "Servicios no cubiertos" en el [Manual del miembro de Tufts Health Direct](#) para conocer la lista de servicios no cubiertos.