Direct Platinum

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 del Plan específico. Para saber qué Nivel del Plan de Tufts Health Direct tiene, verifique su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Es posible que su Tufts Health Direct Plan también tenga un Deducible. Un Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año de Beneficios antes de que su Tufts Health Direct Plan comience a pagar por esos Servicios Cubiertos. Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago o Coaseguro que se indican en este documento.

Este Resumen le brinda un panorama general de sus beneficios. Si desea obtener más información sobre sus beneficios y los términos escritos en mayúscula, consulte su *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*.

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) 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 abarca todo Massachusetts, A EXCEPCIÓN DE los condados de Dukes y Nantucket.

Siempre consulte el sitio web 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	
Individual	$0
Familiar	$0
DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	
Individual	$3,000
Familiar	$6,000

El Deducible, Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. El Deducible y Desembolso Máximo familiar de este Plan tienen incorporados Deducibles y Desembolsos Máximos individuales, lo que significa que el Deducible y Desembolso Máximo individual indicados anteriormente se aplican a cada miembro 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 alcance el Deducible y/o Desembolso Máximo familiar, se considerará que toda la familia habrá cubierto el Deducible y/o el Desembolso Máximo.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $150 por visita	Se requiere notificación en un plazo de 48 horas si es ingresado al Hospital. No se aplica el Copago si es hospitalizado.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de aborto	Sin cargo	
Acupuntura	Copago de $40 por visita	
Pruebas de alergia	Copago de $40 por visita	Se cubren hasta 200 pruebas de alergia por año de beneficios cuando son administradas por un proveedor Dentro de la Red. No se requiere autorización previa.
Tratamientos de alergias (Inyecciones)	Copago de $10 por visita	La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir autorización previa e implicar una responsabilidad de Costo Compartido de farmacia por separado.
Ambulancia	Sin cargo	Transporte de Emergencia cubierto sin Autorización Previa; es posible cubrir el transporte en ambulancia para casos que no son de Emergencia con Autorización Previa.
Trastorno del Espectro Autista		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $20 por visita	Requiere Autorización Previa. Incluye análisis, evaluaciones, pruebas y tratamiento; tiene cobertura a domicilio, 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 para el tratamiento del Trastorno del Espectro Autista.
Servicios de Habilitación y Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de $40 por visita	No se aplican las limitaciones de beneficios de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
Servicios de lactancia	Sin cargo	Incluye consultores de lactancia.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Bombas para los senos	Coaseguro del 20 %	Cubierto para la compra de una bomba de extracción manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de extracción de nivel hospitalario cuando el proveedor que lo ordena lo considere apropiado de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos. Límite de una bomba de extracción por embarazo. No se requiere Autorización Previa. Se requiere receta. La bomba de extracción se debe obtener del proveedor de DME contratado. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de DME.
Rehabilitación cardíaca	Copago de $40 por visita	
Administración de quimioterapia	Sin cargo	
Atención quiropráctica	Copago de $40 por visita	
Cuidado del Paladar Hendido/Labio Leporino	Sin cargo Puede que se apliquen costos compartidos adicionales en función del lugar de servicio.	Cubierto 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 de servicio	Servicios de atención de rutina de pacientes cubiertos para Miembros en un ensayo clínico calificado de acuerdo con las ordenanzas estatales y federales.
Dental, Accidentes	Según el lugar de servicio	La cobertura de los servicios relacionados con los dientes se limita al tratamiento de emergencia de las lesiones accidentales de los dientes sanos, naturales y permanentes cuando son causadas por una fuente externa a la boca.
Servicios dentales (Solo Pediátricos), Casos que no son de Emergencia (Delta Dental)		
Servicios Tipo I: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años. La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa. Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años.
Servicios Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Coaseguro del 25 %	
Servicios Tipo III: Servicios de Restauración Mayor	Coaseguro del 50 %	

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios Tipo IV: Ortodoncia (solo si es Médicamente Necesaria)	Coaseguro del 50 %	Se puede encontrar más información sobre servicios dentales pediátricos en la sección "Servicios Cubiertos" del *Manual del Miembro de Tufts Health Direct*. Llame a Delta Dental al 800.872.0500 para obtener más información.
Educación sobre la diabetes		
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de $20 por visita	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio. Sin cargo para el programa Good Measures (Buenas Medidas) disponible para Miembros de Direct.
Especialista	Copago de $40 por visita	
Exámenes de diagnóstico (incluidos estudios del sueño fuera de un entorno Hospitalario)	Puede que se requieran Copago/Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de Paciente Hospitalizado	Los estudios del sueño requieren Autorización Previa. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos en función del tipo y lugar de servicio.
Servicios de diálisis	Sin cargo	
Programas para el Control de Enfermedades • Asma • Diabetes • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) • Insuficiencia Cardíaca Congestiva	Sin cargo	Si tiene alguna de estas condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888.257.1985** para hablar sobre nuestros programas para el control de enfermedades.
Equipo Médico Duradero (DME) • Suministros médicos • Órtesis • Equipo de oxígeno y de terapia respiratoria • Prótesis • Pelucas	Coaseguro del 20 %	La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Se requiere Autorización Previa para determinados servicios, como prótesis y órtesis (consulte la lista en https://tuftshealthplan.com/documents/providers/guides/thpp-dme-pa-quick-reference-guide).
Servicios de Intervención Temprana	Sin cargo	Con cobertura para Miembros hasta los 3 años de edad; incluye exámenes iniciales, evaluaciones y análisis para la admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios debe proporcionarlos un Especialista certificado en intervención temprana.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Visitas para Cuidado de la Vista (Vision Care)		
Visita de rutina	Copago de $20 por visita	Servicios pediátricos para miembros menores de 19 años: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses; Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses en monturas de Colección solamente o una asignación de $150 + 20 % de descuento en gastos que excedan la asignación. Los Miembros son elegibles para recibir servicios pediátricos hasta el último día del mes en que cumplen 19 años. Servicios para adultos para los Miembros de 19 años en adelante: Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses para los diabéticos y una vez cada 24 meses para los no diabéticos. Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select Network debe realizarle los exámenes oftalmológicos de rutina para poder obtener la cobertura para estos servicios. Llame a EyeMed al 866.504.5908 para conocer los nombres de los Proveedores de EyeMed Select.
Visitas que no son de Rutina para Cuidado de la Vista (Vision Care)	Copago de $40 por visita	Para conocer los servicios de la vista que no son de rutina, visite tuftshealthplan.com/find-a-doctor.
Servicios de Planificación Familiar		
Preventivos	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
Reembolso de Centro de 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 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. Debe completar un formulario de Reembolso de Centro de Acondicionamiento Físico.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de Habilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de $40 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Habilitación por Miembro por Año de Beneficios. No hay límite para la Terapia del Habla. La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
Prótesis auditivas	Coaseguro del 20 %	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 el monto que paga Tufts Health Direct como 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	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Cuidados paliativos	Sin cargo	Requiere Autorización Previa.
Servicios de imagenología (Radiología)		
Preventivos	Sin cargo	Los servicios de imagenología avanzada requieren Autorización Previa. **Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio.
Servicios de Radiografía y Diagnóstico	Sin cargo	
Avanzada: IRM, TC, TEP	Copago de $150	
Terapia individual/ Asesoramiento	Copago de $20 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 de infertilidad	Los costos compartidos varían según el tipo de servicio	Requiere Autorización Previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir la Atención Médica para Pacientes Hospitalizados, la Cirugía para Pacientes Externos, los Servicios de Laboratorio, la Imagenología (radiografía/diagnóstico), las Visitas al Consultorio (Especialista), los Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud o los Medicamentos Recetados.
Atención Médica para Pacientes Hospitalizados		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Tarifa del Establecimiento (incluye alojamiento y comida para servicios de maternidad/ cirugía/imágenes radiológicas y análisis de laboratorio)	Copago de $500 por estancia	No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión. Las admisiones electivas requieren Autorización Previa y una notificación 5 días hábiles antes de la admisión. Es posible que los estudios del sueño requieran Autorización Previa.
Honorarios profesionales	Sin cargo	
Salud Mental o Consumo de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	Copago de $500 por estancia	No se requiere Autorización Previa para la admisión. Se requiere una notificación al Plan en un plazo de 48 horas posteriores a la admisión como Paciente Hospitalizado.
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) 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 como Paciente Hospitalizado.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual para niños y adolescentes	Sin cargo	Solo se requiere Autorización Previa para determinados 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 Profesionales y de Laboratorio para Pacientes Externos		
Análisis de Laboratorio Preventivos	Sin cargo	Incluyen análisis de sangre, análisis de orina, pruebas de Papanicolaou y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar, tratar y prevenir enfermedades. El laboratorio debe estar Dentro de la 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, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de laboratorio.
Exámenes de Laboratorio no Preventivos	Sin cargo	
Medicamentos Administrados por un Profesional de la Salud	Sin cargo	Los medicamentos administrados por un profesional de la salud son medicamentos y productos biológicos que administra un médico y cuentan con la aprobación de la FDA que no forman parte del beneficio de farmacia. Es posible que se requiera autorización previa.
Examen de salud mental y bienestar	Sin cargo	Examen anual de salud mental y bienestar realizado por un profesional con licencia en salud mental. Tenga en cuenta: Un médico de atención primaria puede realizar un examen anual de salud mental y bienestar durante su examen físico de rutina anual.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Servicios de Tratamiento Asistido por Medicamentos (MAT por sus siglas en inglés)	Sin cargo	Es posible que determinados medicamentos requieran Autorización Previa.
Tratamiento con metadona (dosificación, asesoramiento, análisis de laboratorio)	Sin cargo	
MinuteClinic®	Copago de $20 por visita	Una clínica de atención sin necesidad de cita, accesible en locales específicos de CVS.
Asesoramiento nutricional		
Preventivos	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Copago de $40 por visita	
Visitas al consultorio		
Atención Preventiva, exámenes de detección, vacunación, vacunas por parte del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Sin cargo	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Visita no Preventiva al consultorio del Proveedor Primario de Cuidados Médicos	Copago de $20 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Especialista	Copago de $40 por visita	Incluye consultas en centros de salud comunitarios.
Trasplante de órganos (incluidos los trasplantes de médula ósea)	Consulte "Atención Médica para Pacientes Hospitalizados"	Requiere Autorización Previa.
Cirugía para Pacientes Externos (Hospital para Pacientes Externos, centros de cirugía ambulatoria)		
Servicios de Profesionales/ Cirujanos	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para determinados servicios. Llámenos al **888.257.1985** para obtener más información.
Servicios de cirugía y Tarifa del Establecimiento	Copago de $250 por visita	
Farmacia		

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Medicamentos en farmacia (suministro para hasta 30 Días)		
• Nivel 1 (principalmente enfocado en medicamentos genéricos)	Copago de $10	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa. Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
• Nivel 2 (incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas)	Copago de $25	
• Nivel 3 (incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos especializados)	Copago de $50	
Medicamentos de pedido por correo (suministro para hasta 90 Días)		
• Nivel 1 (Medicamentos Genéricos)	Copago de $20	Consulte el Formulario para conocer los requisitos específicos de Autorización Previa. Algunos medicamentos incluidos en los mandatos de Servicios Preventivos están cubiertos sin Costos Compartidos. Consulte el Formulario para ver una lista completa.
• Nivel 2 (Medicamentos de Marcas Preferidas)	Copago de $50	
• Nivel 3 (Medicamentos de Marcas no Preferidas y Especializados)	Copago de $150	
Podología	Copago de $40 por visita	Los servicios de podología que no son de rutina están cubiertos cuando son médicamente necesarios. El cuidado de rutina de los pies está cubierto solo para Miembros con diabetes y otras enfermedades sistémicas que afectan el suministro de sangre a los pies.
Cuidado prenatal		
Preventivos	Sin cargo	**Sin cargo cuando se factura de acuerdo con la Política de Servicios Preventivos**.* De lo contrario, puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados.
No Preventivos	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de visita al consultorio o de laboratorio	
Radioterapia	Sin cargo	Es posible que se requiera Autorización Previa.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Cirugía y Procedimientos Reconstructivos	Consulte "Cirugía para Pacientes Externos"	Consulte la sección "Servicios Cubiertos" del *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para conocer las limitaciones. Es posible que se requiera Autorización Previa.
Hospital de Rehabilitación u Hospital para Enfermedades Crónicas	Copago de $500 por estancia	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Es posible que se requiera Autorización Previa.
Servicios de Rehabilitación (Fisioterapia, Terapia Ocupacional y del Habla)	Copago de $40 por visita	Máximo de 60 visitas en total combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional de Rehabilitación por Miembro por Año de Beneficios. No hay límite para la Terapia del Habla. La Fisioterapia y la Terapia Ocupacional requieren una Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. La Terapia del Habla requiere Autorización Previa después de la visita 30.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $500 por estancia	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año de Beneficios. Se requiere Autorización Previa.
Consumo de sustancias		
Programas para el Tratamiento por Consumo de Sustancias	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Pacientes Externos o de Pacientes Hospitalizados	Consulte la sección "Servicios de Salud Conductual (salud mental o consumo de sustancias) Cubiertos" del *Manual del Miembro de Tufts Health Direct* para obtener más información sobre estos servicios.
Instructores de recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	Deben formar parte de un programa autorizado de tratamiento de la salud conductual, como una clínica autorizada de salud mental, una clínica de trastornos por consumo de sustancias o una clínica hospitalaria para pacientes externos, y bajo la supervisión de un clínico autorizado, como un trabajador social, una enfermera registrada o un psicólogo clínico.
Telehealth	Puede que se apliquen Costos Compartidos relacionados de Atención Médica para Pacientes Externos	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a telehealth.

SERVICIOS CUBIERTOS	COSTOS COMPARTIDOS	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS Y OBSERVACIONES
Atención de Urgencia	Copago de $40 por visita	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 de 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 de servicio.
Programas para Bajar de Peso	Sin cargo durante 3 meses de cuotas de membresía en u programa calificado	Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para bajar de peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso de programa para bajar de peso una vez por Año de Beneficios. Debe completar 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.