

Opción de proveedor preferido

Cobertura dentro de la red solamente

GREATER BOSTON HOTEL EMPLOYEES LOCAL 26 HEALTH & WELFARE FUND

Resumen de beneficios

Nuestro plan HMO de la red Select le brinda acceso a atención de la salud de alta calidad. Con este plan, usted podrá usar una nueva red exclusiva de proveedores llamada red Select. Tendrá acceso a la red Select de proveedores, que incluye más de 16.000 médicos, especialistas y otros proveedores de la salud, además de 64 hospitales ubicados a lo largo de Massachusetts, New Hampshire y Rhode Island. Con este plan, usted debe elegir un médico de cabecera (PCP) de nuestra red Select para que supervise toda su atención. Su PCP le brindará servicios de atención de la salud o coordinará su derivación a un especialista si fuera necesario.

Para empezar, visite tuftshealthplan.com/local26 y consulte la sección "Find a Doctor" (Busque un médico) para buscar un PCP que atenderá o coordinará sus necesidades médicas. Asegúrese de elegir un proveedor que participe de la red Select del plan HMO.

Atención médica ambulatoria	Dentro de la red
Exámenes físicos de rutina (incluidos la mayoría de los exámenes preventivos)	Cobertura total
Visitas no de rutina al consultorio (incluidas consultas a PCP y especialistas)	Cobertura total
Vacunas preventivas	Cobertura total
Vacunas no preventivas	Cobertura total
Papanicolau y mamografías de prevención	Cobertura total
Papanicolau y mamografías que no son de rutina	Cobertura total
Colonoscopia (sin intervención quirúrgica)	Cobertura total
Colonoscopia (con intervención quirúrgica)	Cobertura total
Atención de maternidad ambulatoria	Cobertura total
Visitas de obstetricia/ginecología	Cobertura total
Atención pediátrica preventiva	Cobertura total
Asesoramiento nutricional	Cobertura total
Inyecciones antialérgicas	Cobertura total
Terapia del habla y terapia física u ocupacional a corto plazo	Cobertura total
Manipulación vertebral (20 visitas por año calendario)	Cobertura total
Procedimientos de diagnóstico	Cobertura total
Diagnóstico por imágenes – Imágenes generales (como radiografías y ecografías)	Cobertura total
Diagnóstico por imágenes – Imágenes de alta tecnología (Resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT/CAT), tomografía por emisión de positrones (PET) y cardiología nuclear)	Cobertura total
Exámenes de laboratorio para diagnóstico	Cobertura total
Cirugía ambulatoria	Cobertura total
Atención hospitalaria	Dentro de la red
Todos los servicios hospitalarios (cuidado agudo) y maternidad	Cobertura total
Enfermería especializada en centro de enfermería especializada	Cobertura total
Atención de emergencia	
En consultorio médico	Cobertura total
En sala de emergencia	Cobertura total
Salud mental y abuso de sustancias	
Para servicios de salud mental y abuso de sustancias como paciente ambulatorio o con internación llame a Modern Assistance Program (MAP) al 1-800-878-2004.	
Otros servicios de salud	Dentro de la red
Equipo médico duradero	Cobertura total
Servicio de ambulancia (cuando es necesaria por razones médicas)	Cobertura total
Cuidados paliativos	Cobertura total
Atención médica domiciliaria	Cobertura total

Hay algunos servicios que el plan no cubre. Estos incluyen, pero no se limitan a: Un servicio o suministro no descrito como cubierto en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Exámenes requeridos por terceros, como su empleador, una compañía de seguros, escuela o tribunal • Cirugía estética o cualquier otro procedimiento estético, salvo ciertos procedimientos reconstructivos descritos en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Medicamentos, servicios y procedimientos experimentales o de investigación • Anteojos o lentes de contacto, salvo lo descrito en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Costos de sangre, por donación de sangre, almacenamiento de sangre, sustitutos de sangre, bancos de sangre, banco de sangre del cordón umbilical o productos de sangre, salvo lo descrito en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Medicamentos para usar fuera del hospital, salvo lo descrito en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Artículos de comodidad personal • Atención de pacientes en custodia • Un servicio prestado a alguien que no sea el miembro • Podiatría de rutina, salvo lo descrito en el documento de beneficios de los miembros del Tufts Health Plan • Cargos incurridos por permanecer en una institución con cobertura después de recibir el alta • Atención por afecciones que, de acuerdo con la ley estatal o local, se deben tratar en una institución pública • Procedimientos médicos o quirúrgicos para cambiar de sexo o para revertir la esterilización voluntaria • Servicios de manipulación vertebral para miembros menores de 12 años • Excepto para atención de emergencia o urgencia durante un viaje, un servicio, suministro o medicamento que se obtenga fuera de los 50 Estados Unidos • Enfermería particular (turno en bloque o no intermitente).

Este documento es solo un resumen. Para ver una explicación detallada de su cobertura, consulte el documento de beneficios de los miembros. Si existe alguna diferencia entre la información de este resumen de beneficios y el documento de beneficios para miembros, el documento de beneficios para miembros es legalmente vinculante. Si tiene preguntas adicionales, llame a un Especialista en servicios para miembros al 1-800-423-8080.

Ofrecido por Tufts Associated Health Maintenance Organization, Inc., Tufts Insurance Company o Tufts Benefit Administrators, Inc., todas son compañías Tufts Health Plan.

Requisito de Massachusetts de comprar seguro médico: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts mayores de dieciocho (18) años cuenten con cobertura de salud que cumpla con los estándares de Cobertura Acreditable Mínima establecidos por el Sistema Conector de Seguro Médico de la Comunidad [Commonwealth Health Insurance Connector], salvo que estén eximidos de dicho requisito por dificultad económica individual o imposibilidad de costear el seguro. Para obtener más información llame al Conector al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio Web del Conector (www.mahealthconnector.org). Este plan de salud cumple con los estándares de Cobertura Acreditable Mínima que entran en vigencia el 1 de enero de 2009 como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si usted compra este plan, cumplirá con el requisito legal de contar con seguro médico que cumple con estos estándares. Esta divulgación cubre los estándares de cobertura acreditable mínima que entran en vigencia el 1.º de enero de 2009. Dado que estos estándares pueden cambiar, revise el material de su plan de salud cada año para verificar si dicho plan cumple con los estándares más recientes. Si tiene preguntas acerca de este aviso, puede ponerse en contacto con la División de Seguros llamando al (617) 521-7794 o visitando su sitio Web en www.mass.gov/doi.