Direct Bronze 3000

Programa de Beneficios

Este Programa de Beneficios 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 es elegible según el Programa de Beneficios para su Plan específico. Para saber qué Plan Tufts Health Direct tiene, revise su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan.

Si desea obtener más información sobre sus beneficios y términos escritos en mayúscula, consulte su Manual del Miembro de Tufts Health Direct tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-member-handbook-2027.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios de proveedores que no son parte del Plan necesitan Autorización Previa, salvo para atención de emergencia y de urgencia fuera del área de servicio. 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.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Tufts Health Direct o necesita ayuda para localizar a un proveedor participante del plan, llámenos al 888-257-1985 (TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de deducible, copago o coaseguro que se indican en este documento. El Deducible, el Coaseguro y los Copagos se aplican a su Desembolso Máximo. Los montos del Deducible Anual y el Desembolso Máximo Anual que se aplican a usted y a los Miembros inscritos de su familia cada Año del Plan son:

DEDUCIBLE ANUAL	MONTO	NOTAS
Individual	$3,000	El Deducible Individual se aplica a un solo Miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un Miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el Deducible Individual incluso si otros Miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	$6,000	Una vez que dos o más Miembros de un Plan familiar alcanzan el Deducible Anual Familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el Deducible para el Año del Plan.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	MONTO	NOTAS
Individual	$12,000	El Desembolso Máximo Individual se aplica a un solo Miembro inscrito en un Plan individual o familiar. Esto significa que un Miembro inscrito en un Plan familiar puede alcanzar el Desembolso Máximo Individual incluso si otros Miembros del Plan familiar no lo han alcanzado.
Familiar	$24,000	Una vez que dos o más Miembros de un Plan familiar alcanzan el monto del Desembolso Máximo Anual Familiar, se considera que toda la familia ha alcanzado el Desembolso Máximo para el Año del Plan.
Aviso para miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un plan con costos compartidos limitados en cualquier nivel de metal, lo que significa que no deberán pagar copagos, deducibles ni coaseguro al recibir atención de proveedores de servicios de salud para indígenas. Massachusetts Health Connector determina su elegibilidad para inscribirse en esta variación del Plan como parte de su proceso de solicitud.		

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Asesoramiento nutricional	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	Se requiere Autorización Previa.
Atención de la vista		
Un Proveedor de la red de EyeMed Vision Care Select 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.		
Cuidado de rutina	Copago de $65 por visita después del Deducible	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses.
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro de 20% después del Deducible	Los anteojos están cubiertos una vez cada 12 meses; se ofrece una asignación de $150, más un 20% de descuento sobre el costo que exceda dicha asignación.
Cuidado de la vista	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Atención de podología	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	No se requiere 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.
Atención de urgencia	Copago de $65 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Los centros de atención de urgencia (UCC) están cubiertos en establecimientos de proveedores que no pertenecen al plan, incluidos hospitales y clínicas.
Atención dental, accidental	Copago de $500 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Consulte *Atención en la sala de emergencias*; *Servicios de cirugía para pacientes externos*; o *Atención de urgencia* para conocer los costos compartidos correspondientes. 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.
Atención dental, que no sea de Emergencia (solo Pediátrica, Delta Dental)		
Los Miembros son elegibles para recibir servicios hasta el último Día del mes en que cumplen 19 años. Llame a Delta Dental al 800-872-0500 para obtener más información y conocer los requisitos de Autorización Previa.		
Tipo I: Preventivo y diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios cubiertos básicos	Coaseguro de 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro de 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro de 50% después del Deducible	La ortodoncia médicamente necesaria requiere Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $500 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El costo compartido de la sala de emergencias no se aplica si el paciente permanece en *servicios de observación,* es derivado para recibir *servicios de cirugía para pacientes externos* o ingresa para recibir *atención médica o cirugía para pacientes hospitalizados*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y disciplinas de atención domiciliaria.
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para las hospitalizaciones desde la sala de emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del establecimiento	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía del paciente hospitalizado, incluyendo pruebas previas a la admisión, anestesia, servicios de diagnóstico y medicamentos y suministros
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Atención quiropráctica	Copago de $65 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año del Plan
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Consulte *Cirugía para pacientes externos* o *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados.*	Ciertos servicios pueden requerir Autorización Previa.
Control del dolor	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	No se requiere Autorización Previa para comenzar la atención. El Costo Compartido depende del tipo de servicio, por ejemplo, asesoramiento nutricional, fisioterapia o atención quiropráctica.
Cuidado del paladar hendido y del 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. Consulte *Servicios de cirugía para pacientes externos*; *Atención dental*; *Visitas de atención médica para pacientes ambulatorios*; *Terapia del habla, audición y lenguaje*; y *Asesoramiento nutricional* para conocer los costos compartidos correspondientes.
Educación y tratamiento de la diabetes	Consulte *Equipo médico duradero; Medicamentos y suministros con receta; Visitas de atención médica para pacientes ambulatorios;* o *Asesoramiento nutricional* para conocer los costos compartidos correspondientes.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. El programa NationsNutrition™ es sin cargo.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Equipo médico cubierto alquilado o comprado para uso doméstico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro de 20% después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios, incluyendo prótesis y órtesis. La cobertura incluye, entre otros, el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones.
Audífonos	Coaseguro de 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 el monto que paga Tufts Health Direct como el Costo Compartido aplicable del Miembro según se indica en este documento. Los servicios y suministros relacionados no se incluyen en el límite de $2,000.
Pelucas	Coaseguro de 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Fármacos	Copago de $100 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos medicamentos. Los medicamentos de beneficios médicos 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.
Hospital de cuidados agudos a largo plazo u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	Máximo de 60 días en total por miembro por año del Plan
Medicamentos y suministros recetados		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.
Farmacia minorista (suministro para hasta 30 días)		
Nivel 1	Copago de $30	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $65 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $100 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
Farmacia de pedidos por correo (suministro para hasta 90 días)		
Nivel 1	Copago de $60	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $130 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $300 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $30 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Una clínica de atención sin cita previa accesible en locales selectos de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas de pérdida de peso	Sin cargo por 3 meses sobre las tarifas de membresía para un programa calificado	Debe ser un Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar en un programa calificado para perder peso por al menos tres meses consecutivos. Cada Miembro de un Plan familiar puede solicitar un reembolso del programa para bajar de peso una vez por Año del Plan. 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.
Programas para el Control de Enfermedades	Sin cargo	Para Miembros con asma, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o insuficiencia cardíaca congestiva. Si tiene alguna de estas afecciones, comuníquese con nosotros al **888-257-1985** para analizar nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Después de estar inscrito como miembro durante cuatro meses consecutivos y participar en un centro de acondicionamiento físico estándar durante el año vigente del plan, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía incurridas durante dicho año del plan. 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 de aborto	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de afirmación de género	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados, Cirugía para Pacientes Externos, servicios de Diagnóstico, terapia del Habla, servicios de atención Médica para Pacientes Externos, medicamentos de beneficios Médicos y/o medicamentos y suministros Recetados, entre otros servicios.
Servicios de ambulancia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para el transporte de emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, ya sea de soporte vital básico o avanzado y que no sea de emergencia, puede estar cubierto con Autorización Previa. No están cubiertos los servicios de ida y vuelta a citas médicas, el transporte en taxi, el transporte público y el uso de vehículos silla
Servicios de cirugía para pacientes externos		
Cirugía de un Día para pacientes externos		
Tarifa de Hospital para Pacientes Externos o Centro de Cirugía Ambulatoria	Copago de $500 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios de cuidados paliativos o enfermos terminales	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Copago de $50 después del Deducible	Incluye análisis de sangre, análisis de orina y cultivos de garganta para mantener la salud y hacer pruebas, diagnosticar y tratar enfermedades. Las pruebas genéticas requieren Autorización Previa.
Radiografías	Copago de $100 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $400 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Consulte *Visitas de atención médica para pacientes ambulatorios* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* para conocer los costos compartidos correspondientes.	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $50 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa. Consulte *Pruebas de alergia* en la sección *Servicios para alergias.*
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $65 por visita después del Deducible	Incluye rehabilitación cardíaca; fisioterapia; Terapia Ocupacional y servicios de terapia del habla, audición y lenguaje. Consulte a continuación para obtener detalles específicos.
Límites:		
Rehabilitación cardíaca		
Fisioterapia y Terapia Ocupacional		Se requiere Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. Máximo de 60 visitas en total de Fisioterapia y Terapia Ocupacional por Miembro por Año del Plan. Los límites no aplican a los servicios para el trastorno del espectro autista.
Terapia del habla, audición y lenguaje		Se requiere Autorización Previa después de 30 visitas. Sin límites de visitas.
Servicios de intervención temprana	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. Con cobertura para Miembros de hasta 3 años; incluye exámenes, evaluaciones y valoraciones para admisión, visitas individuales y sesiones grupales. Los servicios deben ser provistos por un Especialista certificado en intervención temprana.
Servicios de observación	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Los servicios de hospital para tratar y/o evaluar una condición que podría dar como resultado el alta en un plazo de 48 horas o un diagnóstico verificado y el plan de tratamiento concurrente.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de quimioterapia y oncología radioterápica	Copago de $75 por visita	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios para pacientes hospitalizados		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del establecimiento	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Copago de $30 por visita después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Copago de $1,000 por estadía después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios ambulatorios		
Terapia individual/asesoramiento	Copago de $30 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA por sus siglas en inglés)	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubiertos en el hogar, en un entorno ambulatorio o en consultorio por un analista de conducta certificado por la junta (BCBA) o un analista de conducta asistente certificado por la junta (BCaBA) para el tratamiento del trastorno del espectro autista o el síndrome de Down.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud Conductual (salud mental y/o consumo de sustancias) para niños y adolescentes	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de salud conductual (salud mental y/o consumo de sustancias) 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 de Tratamiento Asistido por Medicamentos	Copago de $30 por visita después del Deducible	Ciertos medicamentos pueden necesitar Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un profesional licenciado en salud mental. Tenga en cuenta: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser realizado por un PCP durante su examen físico anual de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de Salud preventivos son cuidados de la salud de rutina que incluyen exámenes de detección, chequeos y asesoramiento para prevenir enfermedades, afecciones u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud Preventivos pueden requerir Autorización Previa. Trabaje con su PCP para utilizar la *Política* de Servicios Preventivos del capítulo de *La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente* de nuestro Manual del Proveedor, disponible en point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/, para consultar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes médicos anuales de rutina; pruebas de detección; vacunas; análisis de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar intoxicación por plomo.
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes médicos anuales de rutina; pruebas de detección; vacunas; análisis de laboratorio y radiografías de rutina; mamografías de rutina; y colonoscopias de rutina.
Atención ginecológica (GYN) de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina y pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (pruebas de Papanicoláu)
Planificación familiar	Sin cargo	
Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar	Sin cargo	
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de $65 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por Año del Plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Copago de $10 por inyección después del Deducible	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de medicamentos con receta de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad de costos compartidos de farmacia independiente.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Cubierto para el costo de una clase de parto por embarazo.	Complete un formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros y envíelo por correo postal junto con el comprobante de pago.
Atención prenatal y posparto de rutina	Sin cargo	Todas las visitas al consultorio prenatales y posparto de rutina para pacientes externas están cubiertas, así como los servicios y apoyos para la lactancia.
Atención prenatal que no sea de rutina	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Los servicios prenatales para pacientes externas que no se consideren de rutina o los relacionados con complicaciones o riesgos del embarazo pueden estar sujetos al Costo Compartido. Algunos ejemplos de servicios que no se consideran de rutina incluyen, entre otros, la amniocentesis, las pruebas de esfuerzo fetal y las ecografías obstétricas.
Servicios hospitalarios y de parto	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.

Servicios Cubiertos	Costo compartido	Límite de Beneficios y Notas
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura de conformidad con la Política de Servicios Preventivos; de lo contrario, coseguro de 20% después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Una bomba para los senos por parto, incluyendo las piezas y los suministros relacionados. Con cobertura para la compra de una bomba manual o eléctrica o el alquiler de una bomba de uso hospitalario cuando lo considere apropiado el Proveedor solicitante. La bomba se debe obtener del Proveedor de DME contratado.
Telehealth	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a Telehealth.
Trasplante de órganos o médula ósea	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	Se requiere Autorización Previa.
Tratamiento y servicios para la infertilidad	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa. Los servicios médicamente necesarios pueden incluir *atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*, *cirugía para pacientes externos*, *servicios de diagnóstico*, *servicios de atención médica para pacientes externos*, *medicamentos de beneficios médicos* y/o *medicamentos y suministros recetados,* entre otros servicios.
Visitas de atención médica para Pacientes Externos		
La Atención Médica incluye servicios para diagnosticar, tratar y mantener una condición de salud. Los servicios de atención médica están cubiertos cuando son proporcionados por proveedores del plan. Usted no tiene cobertura para servicios de proveedores que no pertenecen al plan fuera de nuestra Red y será responsable del pago total. Comuníquese con Servicios para Miembros al **888-257-1985** o visite tuftshealthplan.com/memberlogin para encontrar un proveedor del plan. Consulte *Servicios de salud preventivos* para obtener información sobre el cuidado de la salud de rutina.		
Visitas a consultorios y centros de salud comunitarios		
Proveedor primario de cuidados médicos (PCP)	Copago de $30 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $65 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertas visitas a especialistas.

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.