2026

Tufts Health Direct

Manual del Miembro

Este plan de salud cumple con los estándares de Cobertura Mínima Acreditable y cumplirá con el mandato individualde que tenga seguro médico. Para obtener información adicional, consulte la página 6.

Fecha de Entrada en Vigor: 1 de enero de 2026
Número de formulario: EOC-Direct-001 Ed. 1-2026

TUFTS Health Plan

a Point32Health company

ACCREDITED NCQA HEALTH PLAN ACCREDITED

7885 02042026

Language Assistance Services

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están a su disposición. Llame al 888.257.1985 (TTY: 711).

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se você fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos gratuitos. Ligue para 888.257.1985 (TTY: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole) ATANSYON: Si nou palé Kreyòl Ayisyen, gen asistans pou sèvis ki disponib nan lang nou pou gratis. Rele 888.257.1985 (TTY: 711).

繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 888.257.1985 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quí vị nói Tiếng Việt, dịch vụ thông dịch của chúng tôi sẵn sàng phục vụ quí vị miễn phí. Gọi số 888.257.1985 (TTY: 711).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 888.257.1985 (телетайп: 711).

العربية (Arabic)
إنتباه: إذا أنت تتكلم اللُغةِ **العربية** ، خَدَمات اَلمُساعَدة اَللُغَوية مُتَوفرة لك مَجانا. **إتصل على** 888.257.1985 (TTY: 711)

ខ្មែរ (Cambodian) ប្រសុំជូនដំណឹង៖ បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, យើងមានសេវាកម្មបកប្រែ ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 888.257.1985 (TTY: 711).។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 888.257.1985 (ATS: 711).

Italiano (Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 888.257.1985 (TTY: 711).

한국어 (Korean) '알림': 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 888.257.1985 (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν στη διάθεσή σας δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης. Καλέστε 888.257.1985 (TTY: 711).

Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 888.257.1985 (TTY: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दीजिए: अगर आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिये भाषाकी सहायता मुफ्त में उपलब्ध है. जानकारी के लिये फोन करे. 888.257.1985 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો : જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને માટે ભાષાકીય સહાય તદ્દન મફત ઉપલબ્ધ છે. વિશેષ માહિતી માટે ફોન કરો. 888.257.1985 (TTY: 711).

ພາສາລາວ (Lao) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 888.257.1985 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888.257.1985 (TTY: 711).

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

Tufts Health Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes: información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes: intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Plan a **888.257.1985**.

Si considera que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Tufts Health Plan
Attention: Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
1 Wellness Way
Canton, MA 02021-1166
Phone: 888.880.8699 ext. 48000, [TTY number— 866-930-9252]
Fax: 617.972.9048
Email: OCRCoordinator@point32health.org

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el coordinador de derechos civiles con Tufts Health Plan está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: 800.368.1019, 800.537.7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Podemos brindarle información en otros formatos, tales como Braille y letras grandes y también en diferentes idiomas si lo solicita.

Índice

Introducción 2
Contáctenos 2
Números de teléfono importantes 2
EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA 2
EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA 3
Servicios para Miembros de Tufts Health Direct 3
Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine de Tufts Health Direct 3
Portal para miembros: ¡Visítenos en la web! 3
Sus Inquietudes 4
Le damos la bienvenida 4
Servicios de idiomas y otros formatos 4
Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct 5
Cobertura mínima acreditable y requisitos obligatorios para el seguro de salud 5
Costos del cuidado de la salud 5
Primas 5
Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC por sus siglas en inglés) y Planes ConnectorCare 5
Costo Compartido 6
Año del Plan 8
Facturas Sorpresa 8
Cómo recibir la atención que necesita 9
Su Tarjeta de Identificación de Miembro 9
Su PCP gestiona su atención 9
Especialistas 10
Selección o asignación de PCP 10
Segundas opiniones 10
Atención de Emergencia 10
Atención de Urgencia 11
Servicios de Hospital 11
Cómo recibir atención fuera del horario de atención 11
Cómo recibir atención fuera del Área de Servicio 12
Cómo obtener información sobre sus Proveedores 12
Administración de la Utilización 13
Autorización Previa 14
Solicitud de Autorización Previa y Respuesta 15
Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas . 15
Revisión Concurrente 16
Reconsideración de una Determinación Adversa 16
Servicios Experimentales y/o en Investigación 16
Continuidad de la Atención 17
Miembros nuevos 17
Miembros actuales 17
Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención .. 17
Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción 18
Elegibilidad de Familiares Dependientes 18
Divorcio o separación 19
Niños Recién Nacidos y Adoptivos 19
Elegibilidad del empleado 20
Cambio en el estado de elegibilidad 20
Fecha de Entrada en Vigor 20
Sin Período de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes 21
Renovación de su cobertura 21
Cancelación de la inscripción 22
Cambios en el Plan de salud 23
Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo 24
Continuación de la cobertura de conformidad con la ley federal (COBRA) 24
Continuación de la cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts 25
Servicios Cubiertos 27
Beneficios médicos cubiertos 27
Servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias cubiertos 38
Medicamentos y suministros recetados 42
Si recibe una factura por un Servicio Cubierto 47
Servicios no cubiertos 47
EXTRAS de Tufts Health Direct 51
Gestión de la atención 53
Programa de salud Materno Infantil 53
Gestión de la Atención Integrada 53
Gestión de Calidad 56
Cómo resolver inquietudes 56
Consultas 56
Quejas 57
Apelaciones 58
Proceso de Revisión Externa 60
Limitación de acciones 61
Preguntas o inquietudes 62
Sus derechos y responsabilidades 62
Sus derechos como Miembro 62
Sus responsabilidades como Miembro 63
Más información disponible para usted 63
Protección de sus beneficios 64
Cuando tiene más seguros 64
Coordinación de Beneficios 65
Subrogación 65
Otras disposiciones 68
Uso y divulgación de información médica 68
Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores 68
Anexo A: Glosario 69
Anexo B: Lista de Beneficios 78
Anexo C: Lista de Medicamentos Opioides de Categoría II y III 177
Anexo D: Mapa del Área de Servicio 180

Introducción

Este Manual contiene información sobre cómo funcionan los beneficios de su Plan de salud. Si quiere obtener información sobre cómo recibir atención cuando la necesite, qué servicios están cubiertos o con quién debe hablar cuando tenga preguntas, aquí encontrará las respuestas.

Esta página incluye información importante que debe mantener a mano.

Contáctenos

- **Teléfono:** 888-257-1985**,** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **TTY:** 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total
- **Web:** tuftshealthplan.com/memberlogin
- **Correo postal**: Tufts Health Plan, P.O. Box 524, Canton, MA 02021-524

Números de teléfono importantes

Consulte a continuación los números de teléfono y el horario de atención de las agencias que participan en su Plan de salud. Nota: Usted se inscribió a través de Health Connector, HSA Insurance, o Small Business Service Bureau (SBSB).

Agencia	Número de teléfono	Horario de atención (excepto días festivos)
Tufts Health Plan	888-257-1985 (TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total)	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.
Health Connector	1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765), o TTY: 711 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.	De lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
HSA Insurance	781-228-2222 (teléfono y TTY, para personas con pérdida auditiva parcial o total)	De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
Small Business Service Bureau (SBSB)	800-472-7199 (teléfono y TTY, para personas con pérdida auditiva parcial o total)	De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA

Actúe de inmediato si considera que está en una situación de Emergencia que pone en peligro su vida.

- Para Emergencias médicas, llame al 911.
- Para Emergencias de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias:
  - llame al 911
  - llame al 988 (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis)
  - llama o envía un mensaje de texto al 833-773-2445 o envía un mensaje a masshelpline.com para comunicarte con la Línea de Ayuda para la Salud Conductual (BHHL, por sus siglas en inglés)

- Acuda de inmediato a la sala de Emergencias más cercana. Lleve su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct.
- Infórmele a su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP por sus siglas en inglés) dentro de las 48 horas posteriores a una Emergencia para recibir la atención de seguimiento necesaria.

No se necesita una Autorización previa para recibir atención de Emergencia, lo que incluye el transporte de Emergencia en ambulancia.

EN CASO DE SITUACIONES DE ATENCIÓN DE URGENCIA

La Atención de Urgencia es para un problema que es grave pero que no pone en peligro su vida ni presenta un riesgo de sufrir daños permanentes.

- Llame a su PCP
- Acuda a un Centro de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés)
- Si tiene problemas de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias:
  - llame al 911
  - llame al 988 (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis)
  - llama o envía un mensaje de texto al 833-773-2445 o envía un mensaje a masshelpline.com para comunicarte con la Línea de Ayuda para la Salud Conductual (BHHL, por sus siglas en inglés)

Servicios para Miembros de Tufts Health Direct

Si quiere hablar con un Representante de Servicios para Miembros, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Asegúrese de llamarnos si:

- **Se muda o cambia de número de teléfono**

  Llame o visite tuftshealthplan.com/memberlogin para informarnos su nueva dirección y número de teléfono. También debe colocar los apellidos de todos los Miembros de Tufts Health Direct en el buzón de su casa. Es posible que la oficina de correos no entregue la correspondencia a alguien cuyo nombre no aparezca en la lista.

- **Quiere cambiar su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP)**

  Puede cambiar su PCP por cualquier motivo llamándonos a 888-257-1985o visitando tuftshealthplan.com/memberlogin.

Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine de Tufts Health Direct

Para obtener información general de salud y apoyo, llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine. Teléfono: 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 800-942-1859).

Portal para miembros: ¡Visítenos en la web!

Como miembro, puedes beneficiarte de una amplia gama de herramientas y recursos útiles en nuestro portal de miembros. Visite tuftshealthplan.com/memberlogin. Los usuarios que accedan por primera vez deben crear una cuenta.

Su portal seguro para Miembros le ofrece una forma segura de ayudarle a gestionar su cuidado de la salud. Usted puede:

- Buscar un PCP, un Especialista, otro Proveedor o un centro de salud en la Red de Tufts Health Direct cerca de usted
- Cambiar su dirección o número de teléfono

- Cambiar su PCP
- Consultar los documentos de su Plan y buscar beneficios
- Ver su historial de Reclamaciones y consultar el saldo de su Deducible
- Buscar el estado y los detalles de una Autorización Previa
- Usar el centro de mensajería segura para enviarnos información y hacernos preguntas
- Descargar los formularios que necesita para solicitar reembolsos y EXTRAS de Tufts Health Direct
- Recibir información importante sobre:
    - Nuestro Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad
    - Cómo puede presentar una Queja o una Apelación
    - Cómo podemos recopilar, usar, proteger y divulgar su Información Médica Protegida (PHI por sus siglas en inglés) y sus derechos en relación con la misma

Su portal para Miembros también incluye el Treatment Cost Estimator (TCE). El TCE le permite comparar los costos de muchos tipos de Servicios de Cuidado de la Salud. El cálculo de costos que genera la herramienta es vinculante en la medida que lo exige la ley de Massachusetts. El monto real que podría tener que pagar puede variar debido a servicios imprevistos que surjan durante la admisión, el procedimiento o el servicio propuestos.

Sus Inquietudes

Si necesita llamar para plantear una inquietud o presentar una Apelación, comuníquese con el Servicio para Miembros al 888-257-1985. Para presentar una Apelación o una Queja por escrito, envíela por correo postal o fax a:

Tufts Health Plan
Attn: Appeals and Grievances
1 Wellness Way
Canton, MA 02021
Fax: 857-304-6321

Le damos la bienvenida

Usted se merece una buena atención. Queremos que aproveche al máximo su membresía de Tufts Health Direct.

Trabajamos con una Red de médicos, Hospitales y otros Proveedores de alta calidad en todo Massachusetts para ofrecerle el mejor valor del cuidado de la salud. Atendemos a los Miembros de Tufts Health Direct en todo el territorio continental de Massachusetts y en todos los siguientes condados: Barnstable, Berkshire, Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

Para ayudarle a comprender mejor su Plan de salud, hemos puesto con mayúscula inicial las palabras y los términos importantes de este Manual del Miembro. Puede encontrar las definiciones de cada uno en el Glosario de la página 69.

Este Plan lo ofrece Tufts Health Public Plans, Inc., que tiene licencia como una organización de mantenimiento de la salud en Massachusetts y realiza negocios con el nombre Tufts Health Plan.

Servicios de idiomas y otros formatos

Disponemos de personal bilingüe. El personal de Servicios para Miembros puede leerle este documento u otra información impresa. Puede solicitar información impresa en otros formatos como braille o letra grande. También ofrecemos servicios de traducción e interpretación en más de 200 idiomas. Un intérprete puede

traducirle este documento oralmente por teléfono o usted puede solicitar una traducción escrita del documento. Puede llamar a Servicios para Miembros al 888-257-1985 (TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total) para solicitar traducción, servicios de interpretación o documentos en otros formatos. Todos los servicios de idiomas y otros formatos son gratis para los Miembros.

Su Evidencia de Cobertura de Tufts Health Direct

Cuando te inscribes en Tufts Health Direct, tienes derecho a recibir los servicios cubiertos que se describen en este manual, la Lista de Beneficios, el Formulario y las enmiendas de esos documentos. Estos documentos son un contrato entre usted y Tufts Health Plan. Todo esto combinado constituye su Evidencia de Cobertura (EOC por sus siglas en inglés).

Este Manual explica sus derechos, beneficios y responsabilidades como Miembro de Tufts Health Direct. También explica nuestra responsabilidad con usted. Si se realizan cambios importantes en el Plan, le enviaremos una carta 60 Días antes de la entrada en vigor de los cambios.

Cobertura mínima acreditable y requisitos obligatorios para el seguro de salud

La ley de Massachusetts exige que los Residentes de Massachusetts de 18 años en adelante tengan una cobertura de salud que cumpla los estándares de cobertura mínima acreditable que establece Health Connector. Health Connector puede no exigir este requisito por razones de asequibilidad o dificultades individuales. Para obtener más información, llame a Health Connector al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765), o TTY: 711 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. También puede visitar el sitio web de Health Connector MAhealthconnector.org.

Este Plan de salud cumple los estándares de cobertura mínima acreditable como parte de la ley de reforma del cuidado de la salud de Massachusetts y los estándares de cobertura mínima esencial conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio federal. Si se inscribe en este Plan, cumplirá los requisitos legales de tener un seguro de salud que cumpla estos estándares.

ESTA DIVULGACIÓN ES PARA LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE. DEBIDO A QUE ESTOS ESTÁNDARES PUEDEN CAMBIAR, REVISE EL MATERIAL DE SU PLAN DE SALUD TODOS LOS AÑOS PARA DETERMINAR SI SU PLAN CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÁS ACTUALES.

Costos del cuidado de la salud

Primas

Una Prima es una factura mensual por sus beneficios de Tufts Health Direct. Si tienes un plan individual, debes pagar tu prima al administrador de inscripciones cada mes antes de la fecha de vencimiento que figura en la factura. Sigue las instrucciones de pago en la factura cuando pagues tu prima. Si tienes preguntas sobre tu prima, llama al número que aparece en la factura. No nos envíes el pago de tu prima a nosotros.

Si forma parte de un Grupo, tome en cuenta que su empleador pagará su Prima. Enviaremos una notificación anual sobre la Prima que debe pagar.

Si una persona o un Grupo se atrasa en el pago de las Primas requeridas, es posible que terminemos la cobertura, lo que podría incluir detener el pago de Reclamaciones hasta que recibamos el pago total de la Prima.

Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC por sus siglas en inglés) y Planes ConnectorCare

Ofrecemos Planes de bajo costo a través de Health Connector, incluidos Planes con subsidios para quienes califican.

Es posible que sea elegible para recibir Créditos Fiscales Anticipados para el Pago de Primas (APTC). Si es elegible para los APTC, el gobierno de Estados Unidos pagará parte de su Prima directamente a Tufts Health Plan. De forma alternativa, puede reclamar el crédito cuando presente su declaración de impuestos anual.

Es posible que también sea elegible para un Plan ConnectorCare de más bajo costo. Si es elegible, Commonwealth of Massachusetts pagará parte de su Prima directamente a Tufts Health Plan. Esto se suma a cualquier APTC para el que pueda calificar.

Health Connector puede ayudarle a determinar si es elegible para los APTC y/o un Plan ConnectorCare; llame al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765), o TTY: 711 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.

Costo Compartido

Los Deducibles, Copagos y Coaseguro son tipos de Costo Compartido. Usted puede ser responsable del Costo Compartido cuando reciba atención médica para diagnosticar, tratar o controlar una condición de salud. Su Lista de Beneficios en el Anexo B incluye las descripciones y las responsabilidades específicas del Costo Compartido de su Plan.

Su responsabilidad del Costo Compartido se basa en el Monto Permitido para el Servicio Cubierto. El Monto Permitido es el precio que negociamos con los Proveedores Dentro de la Red para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros de Tufts Health Direct. El Monto Permitido suele ser diferente y a menudo menor que el Monto Facturado que cobran los Proveedores. Tome en cuenta que si el Monto Permitido de un medicamento o Servicio Cubierto es menor que el monto de su Costo Compartido, usted pagará solo el Monto Permitido.

Pague los montos de su Costo Compartido directamente a sus Proveedores. Si no paga al momento de su visita, le adeudará el dinero al Proveedor. El Proveedor puede usar un método legal para cobrarle el dinero. Tufts Health Plan no es responsable de pagar el Costo Compartido que usted le adeuda al Proveedor.

Los indios americanos y los nativos de Alaska pueden inscribirse en las variantes del Plan que no tienen responsabilidad del Costo Compartido por los servicios recibidos a través del Servicio de Salud Indígena. Los indios americanos y los nativos de Alaska que ganan menos del 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés), pueden inscribirse en las variaciones del Plan sin ninguna responsabilidad del Costo Compartido, independientemente de dónde se reciba el servicio. Health Connector puede ayudarle a determinar si es elegible para inscribirse.

Deducibles

Es posible que su Plan tenga un Deducible anual. El Deducible es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año del Plan antes de que Tufts Health Plan comience a pagar.

Los siguientes costos de cuidado de la salud no se aplican al Deducible:

- Pagos de Primas
- Pagos de Copagos o Coaseguro por Servicios Cubiertos
- Pagos que realice por Servicios no Cubiertos
- Pagos que realice a un Proveedor Fuera de la Red que superen el Monto Permitido para Servicios Cubiertos pagados por el Plan
- Los pagos que haya realizado por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio del Año del Plan actual

Después de alcanzar su Deducible anual, es posible que aún deba pagar los Copagos y Coaseguro. Al comienzo de cada Año del Plan nuevo, su acumulación de Deducible se restablece a cero.

Algunos Planes tienen un Deducible médico y de farmacia combinado. Otros Planes tienen Deducibles médicos y de farmacia separados, o no tienen ningún Deducible. Además, los Planes pueden tener Deducibles Individuales y Familiares.

Para los Planes compatible con la Cuenta de Ahorros para la Salud, el monto del Deducible Anual Individual se aplica cuando hay un solo Miembro inscrito en el Plan. El monto del Deducible Anual Familiar se aplica si hay dos o más Miembros inscritos en el Plan. El Deducible Familiar se alcanza cuando uno o más Miembros del Plan han pagado el monto total del Deducible.

Para todos los demás Planes, 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. 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.

Consulte la primera página de su Lista de Beneficios en el Anexo B para obtener más información y conocer las responsabilidades del Deducible específicas de su Plan.

Copagos

Los Copagos son montos fijos en dólares que usted debe pagar por determinados Servicios Cubiertos. Algunos ejemplos de Servicios Cubiertos que pueden requerir un Copago son las visitas a médicos cuando está enfermo, las recetas, las pruebas de imagenología avanzada (exploraciones por MRI, PET, CT), las visitas a la sala de Emergencias y la atención que recibe en el Hospital.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para conocer las responsabilidades del Copago específicas de su Plan.

Coaseguro

El Coaseguro es un porcentaje fijo del Monto Permitido que usted debe pagar por determinados Servicios Cubiertos. Algunos ejemplos de Servicios Cubiertos que pueden requerir el Coaseguro son el Equipo Médico Duradero como unas muletas o una silla de ruedas y la atención dental pediátrica como el empaste de una caries.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para conocer las responsabilidades del Coaseguro específicas de su Plan.

Servicios Sujetos a Deducible y Copago o Coaseguro

Algunos Servicios Cubiertos están Sujetos a Deducible y pueden tener un Copago o Coaseguro. Esto significa que si aún no ha alcanzado el Deducible, usted es responsable de pagar el saldo restante del Deducible y luego el Copago o Coaseguro aplicable hasta el Monto Permitido. Si ha alcanzado el Deducible, entonces solo será responsable de pagar el monto del Copago o Coaseguro.

Consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B para ver qué Servicios Cubiertos están Sujetos a Deducible y tienen Copago o Coaseguro.

Desembolso Máximo

Su Plan Tufts Health Direct tiene un Desembolso Máximo. Este es el monto máximo de Costo Compartido que usted debe pagar en un Año del Plan por los Servicios Cubiertos. Los Deducibles, Copagos y Coaseguro cuentan para su Desembolso Máximo.

Los siguientes costos de cuidado de la salud no se aplican al Desembolso Máximo:

- Pagos de Primas
- Pagos que realice por Servicios no Cubiertos
- Pagos que realice a un Proveedor Fuera de la Red que superen el Monto Permitido para Servicios Cubiertos pagados por el Plan a ese Proveedor Fuera de la Red
- Los pagos que haya realizado por los Servicios Cubiertos que recibió antes del inicio del Año del Plan actual

Una vez que alcance su Desembolso Máximo, ya no tiene que pagar Deducibles, Copagos ni Coaseguro por el resto de ese Año del Plan. Al comienzo de cada Año del Plan nuevo, su acumulación se restablece a cero.

Algunos Planes tienen un Desembolso Máximo médico y de farmacia combinado. Otros Planes tienen Desembolsos Máximos médicos y de farmacia separados. Además, los Planes pueden tener Desembolsos Máximos Individuales y Familiares separados.

Para todos los Planes, un Miembro puede alcanzar el Desembolso Máximo Anual Individual estando en un Plan individual o familiar. Luego, no habrá ningún Costo Compartido para los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan. Dos o más Miembros de un Plan familiar pueden alcanzar el Desembolso Máximo Familiar. Luego, ningún Miembro de la familia tendrá Costo Compartido para los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan.

Consulte la primera página de su Lista de Beneficios en el Anexo B para obtener más información y conocer el Desembolso Máximo específico de su Plan.

Año del Plan

El Año del Plan es el período de 12 meses consecutivos durante el cual:

- Se adquieren y administran los beneficios del Plan de Salud
- Se calculan los Deducibles, Copagos, Coaseguro y Desembolsos Máximos
- Se aplica la mayoría de los límites de beneficios

Para Suscriptores inscritos a través de un Plan Grupal: Su Año del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo y continúa por 12 meses desde esa fecha. Por ejemplo, si la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo es el 1 de abril, su Año del Plan será desde el 1 de abril al 31 de marzo. La Fecha de Entrada en Vigor del Grupo es siempre el primer día del mes.

En algunos casos, su primer Año del Plan no será de 12 meses completos:

- Para Suscriptores individuales:
    - Si se inscribe durante un período de inscripción abierta anual, su Año del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor y finaliza el 31 de diciembre. Esto quiere decir que su primer Año del Plan no será de 12 meses completos si se inscribe en una fecha posterior al 1 de enero.
    - Si se inscribe durante un evento calificativo en cualquier otro período del año, su primer Año del Plan comienza en la Fecha de Entrada en Vigor y finaliza el 31 de diciembre. Consulte la página 23 para obtener más información.
- Para los Familiares Dependientes nuevos que se agregan durante un Año del Plan (por ejemplo, un bebé nuevo, un Hijo Adoptivo o un Cónyuge nuevo): El Año del Plan del Familiar Dependiente nuevo comienza en la Fecha de Entrada en Vigor y termina en la misma fecha en que termina el Año del Plan del Suscriptor.
- Para Suscriptores Grupales: Si usted es un empleado nuevo que se convirtió en Suscriptor después de la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo, su Año del Plan termina en la misma fecha en que termina el Año del Plan para todos los Suscriptores de su Grupo.

Facturas Sorpresa

Una Factura Sorpresa es una factura inesperada que recibe de un Proveedor Fuera de la Red, que usted no seleccionó a sabiendas, que le proveyó servicios mientras recibía Servicios Cubiertos de un Proveedor Dentro de la Red. Si recibe una Factura Sorpresa, usted solo será responsable del Costo Compartido del Miembro aplicable

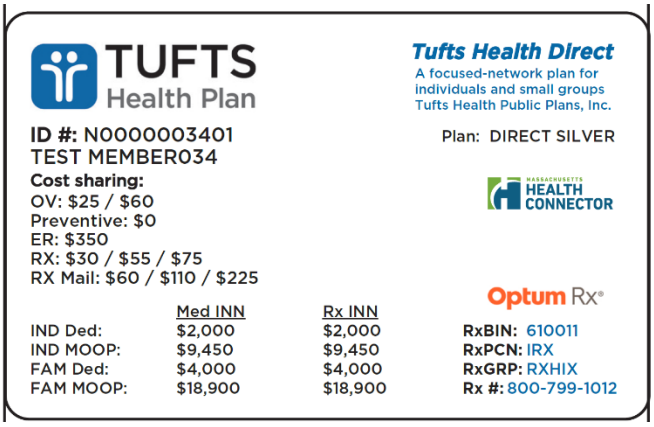
que se aplicaría si el Servicio Cubierto fuera provisto por un Proveedor Dentro de la Red, a menos que haya tenido una oportunidad razonable de elegir que el servicio sea realizado por un Proveedor Dentro de la Red.

Información Importante Acerca de los Montos de Su Costo Compartido
De conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA por sus siglas en inglés), los servicios de Cuidado Preventivo, incluyendo los servicios de Cuidado Preventivo de la Salud para mujeres, las visitas de Cuidado Preventivo, algunos medicamentos recetados y algunos medicamentos de venta libre cuando son recetados por un Proveedor licenciado y son dispensados en una farmacia conforme a una receta, están cubiertos sin Costo Compartido. Para obtener más información, consulte la política de Servicios preventivos en el capítulo de Protección del paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio de nuestro Manual de proveedores en https://www.point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/. Si tiene alguna pregunta respecto a si algún servicio específico se considera preventivo de conformidad con la ACA, llame a Servicios para Miembros.

Cómo recibir la atención que necesita

Su Tarjeta de Identificación de Miembro

Lleve siempre consigo su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. Contiene información importante que los Proveedores y los farmacéuticos necesitan. Cada persona en su familia que tenga Tufts Health Direct recibirá una Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. Muestre su Tarjeta de Identificación cada vez que solicite servicios de salud. Si no lo hace, es posible que el Proveedor no nos facture y que usted tenga que pagar el costo del servicio.





Su PCP gestiona su atención

Usted debe tener un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que esté en nuestra Red de Tufts Health Direct. Su PCP es el Proveedor al que debe llamar en caso de que necesite cuidado de la salud que no sea de Emergencia. Puede llamar al consultorio de su PCP 24 horas al Día, siete Días a la semana. Si su PCP no está disponible, el consultorio de su PCP lo comunicará con alguien que pueda ayudarlo. Si tiene problemas para comunicarse con su PCP o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Esto es lo que su PCP puede hacer por usted:

- Ayudarlo a obtener el cuidado de la salud que necesita
- Coordinar los exámenes, procedimientos de laboratorio o visitas al Hospital necesarios
- Realizar revisiones y exámenes médicos periódicos

- Ayudarlo a obtener servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias
- Conservar sus registros médicos
- Suministrar información sobre Servicios Cubiertos que necesitan Autorización Previa antes de recibir tratamiento
- Escribir recetas

Especialistas

Tufts Health Direct cubre la atención especializada pediátrica y de adultos. No necesitas una derivación del Plan para consultar a un especialista. Puede visitar a la mayoría de los Especialistas sin Autorización Previa si están Dentro de la Red en el lugar de su visita.
Debe hablar con su PCP sobre su necesidad de ver a un Especialista antes de programar una cita.
Para encontrar un Especialista de Tufts Health Direct:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Use la herramienta Find a doctor, hospital & more en tuftshealthplan.com
- Llámenos al 888-257-1985

No cubriremos los servicios que usted elija recibir fuera de nuestra Red. Si elige recibir los servicios de todos modos, el Especialista le enviará una factura y usted deberá pagar el costo total.

Para obtener más información sobre los servicios que requieren Autorización Previa, consulte la Lista de Beneficios de su Plan en el Anexo B de este Manual del Miembro.

Selección o asignación de PCP

Puede seleccionar como su PCP a una Enfermera Practicante, un Asistente Médico o un médico. Este Proveedor debe formar parte de la Red de Tufts Health Direct. Si no seleccionó un PCP cuando se inscribió, le asignaremos uno. Elegiremos uno cerca de donde usted vive. Le informaremos el nombre de su PCP cuando le enviemos su Tarjeta de Identificación. Puede cambiar de PCP en cualquier momento. Para elegir un PCP:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Use la herramienta Find a doctor, hospital & more en tuftshealthplan.com
- Llámenos al 888-257-1985

Segundas opiniones

Tiene cobertura para obtener una segunda opinión sobre una condición de salud o un tratamiento propuesto. Este servicio no requiere Autorización Previa de un Proveedor Dentro de la Red.

Atención de Emergencia

Para Emergencias médicas y de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias, llame al 911, 988 (Línea de Prevención del Suicidio y Crisis), o acuda al centro de Emergencias más cercano de inmediato. Lleve su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct.

Usted está cubierto por atención de Emergencia 24 horas al Día, siete Días a la semana. Puede recibir atención de Emergencia dondequiera que esté, incluso si está de viaje. También cubrimos el transporte de Emergencia en ambulancia.

Nunca se necesita Autorización Previa para los servicios de Emergencia. Estos servicios están disponibles Dentro o Fuera de la Red.

Un Proveedor examinará y tratará sus necesidades de salud de Emergencia antes de enviarlo a su casa. Si es necesario, puede ser trasladado a otro Hospital.

Desde una sala de Emergencias, es posible que sea ingresado para Observación, reciba servicios Quirúrgicos para Pacientes Externos, o sea ingresado como Paciente Hospitalizado. Su Costo Compartido variará dependiendo de los servicios y/o el nivel de admisión. Asegúrese de comunicarse con su PCP para que pueda recibir la atención de seguimiento que pueda necesitar.

Notas sobre la atención de Emergencia de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias:

- La Línea de Ayuda de Salud Conductual (BHHL) está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Puedes llamar o enviar un mensaje de texto al 833-773-2445. También puedes chatear en línea en masshelpline.com.
- Puede recibir servicios de Intervención Móvil en Caso de Crisis (MCI por sus siglas en inglés) en un Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC por sus siglas en inglés). Estos son servicios de respuesta terapéutica presenciales, móviles, in situ y a corto plazo si tiene una crisis. La MCI está disponible 24 horas al Día, 7 Días a la semana.

Atención de Urgencia

Si necesita Atención de Urgencia, llame a su PCP o a su Proveedor de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias. Puede comunicarse con cualquiera de los consultorios de sus Proveedores 24 horas al Día, siete Días a la semana. Los consultorios de sus Proveedores tienen Proveedores Sustitutos que trabajan fuera del horario de atención.

Si su condición se convierte en una Emergencia antes de la cita con su Proveedor, llame al 911 o acuda a la sala de Emergencias más cercana.

Dentro de nuestra Área de Servicio: Hay Centros de Atención de Urgencia (UCC por sus siglas en inglés) Independientes Dentro de la Red. También tiene cobertura en MinuteClinic® (una Clínica Médica de Servicio Limitado) de Massachusetts. Para encontrar la opción correcta más cercana a usted:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Use la herramienta Find a doctor, hospital & more en tuftshealthplan.com
- Llámenos al 888-257-1985

Fuera de nuestra Área de Servicio: Tiene cobertura en los UCC Dentro y Fuera de la Red. Esto incluye la atención de urgencias en hospitales, clínicas y centros independientes.

Servicios de Hospital

Comuníquese con su PCP si necesita servicios de Hospital para atención que no sea de Emergencia. Su PCP puede coordinar su atención.

Cómo recibir atención fuera del horario de atención

Hable con su PCP para saber cómo recibir atención fuera del horario de atención. Si tiene problemas para ver a su PCP o a otro Proveedor, llame a Servicios para Miembros.

Como Miembro de Tufts Health Direct, usted tiene acceso a una enfermera registrada en cualquier momento del Día. Llame a nuestra Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine al 888-MY-RN-LINE (888-697-6546) (TTY: 800-942-1859). La Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine está disponible 24 horas al Día, siete Días a la semana.

Cómo recibir atención fuera del Área de Servicio

Usted está cubierto para recibir Atención de Emergencia y de Urgencia fuera del Área de Servicio. También si se encuentra fuera del país.

Después de haber sido tratado o estabilizado, nosotros y sus Proveedores podemos decidir si es seguro trasladarlo a un centro Dentro de la Red. Si ese es el caso, es posible que no se cubran los servicios continuados con un Proveedor Fuera de la Red. Además, es posible que no se cubra el transporte de regreso al Área de Servicio después de la estabilización.

No tiene cobertura para ningún otro Servicio Cubierto fuera del Área de Servicio. Esto incluye, entre otros, los siguientes:

- Pruebas o tratamientos solicitados por su PCP
- Atención de rutina o de seguimiento. Los ejemplos incluyen, entre otros: exámenes físicos, vacunas contra la gripe, retirada de puntos, asesoramiento y Fisioterapia
- Atención programada, como cirugía electiva
- Cuidados prenatales a las 36 semanas o más de embarazo o dentro de las 4 semanas anteriores a la fecha prevista del parto o si su Proveedor le informa de que corre riesgo de tener un parto prematuro. Esto incluye el Parto o si tiene problemas con su embarazo.

Cuando reciba atención de Emergencia o de Urgencia fuera del Área de Servicio de Tufts Health Direct, es posible que el Proveedor le pida pagar por dicha atención al momento del servicio. Muéstrele al Proveedor su Tarjeta de Identificación de Miembro de Tufts Health Direct. El Proveedor no debería pedirle que pague. Si paga algún servicio o recibe una Factura Sorpresa, llame a Servicios para Miembros. También consulte “Si recibe una factura por Servicios Cubiertos” en la página 47 para obtener más información.

Consulta el Apéndice D en la página 180 para ver el mapa de nuestra área de servicio

Cómo obtener información sobre sus Proveedores

Los Proveedores de Tufts Health Direct son médicos y otros profesionales que tienen un contrato con nosotros para proveer cuidado de la salud. Para obtener la información más actualizada sobre nuestra Red de Proveedores:

- Inicie sesión en su portal para Miembros en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Use la herramienta Find a doctor, hospital & more en tuftshealthplan.com
- Llámenos al 888-257-1985. Nuestro equipo de Servicios para Miembros puede ayudarle a encontrar un Proveedor que sea adecuado para su edad, condición y tipo de tratamiento

Nuestra herramienta en línea Find a doctor, hospital & more incluye información sobre el Proveedor, como su nombre, dirección, número de teléfono, horario de atención, accesibilidad para discapacitados, idiomas que habla, cualificaciones profesionales, especialidad, escuela de medicina a la que asistió, finalización de la residencia y estado de certificación en la junta. Incluye los siguientes tipos de Proveedores de Tufts Health Direct:

- Salas de Emergencias
- Proveedores de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias

- Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP)
- Centros de Atención Primaria
- Especialistas
- Hospitales
- Farmacias
- Centros de Atención de Urgencia (UCC)
- Proveedores de Equipo Médico Duradero
- Proveedores Auxiliares

Para solicitar una copia impresa del Directorio de Proveedores sin costo, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Administración de la Utilización

La Administración de la Utilización (UM por sus siglas en inglés) es nuestro programa para administrar los costos del cuidado de la salud. Determinamos si ciertos Servicios de Cuidado de la Salud son Médicamente Necesarios. Los servicios Médicamente Necesarios son aquellos que son coherentes con los principios generalmente aceptados de la práctica médica.

Tufts Health Plan puede llevar a cabo la gestión de utilización (UM, por sus siglas en inglés) de manera prospectiva, concurrente o retrospectiva para determinados servicios de salud, tanto hospitalarios como externos. El objetivo es evaluar si dichos servicios son médicamente necesarios según lo establecido en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) del miembro.

- La UM prospectiva ayuda a determinar si un tratamiento propuesto es médicamente necesario antes de que se comience el tratamiento. Esto se denomina autorización previa.
- La UM concurrente supervisa el tratamiento a medida que se desarrolla y determina cuándo deja de ser médicamente necesario. Esto se denomina revisión concurrente.
- La UM retrospectiva revisa la atención que recibieron los miembros después de haberla recibido, para ver si los servicios eran realmente necesarios. Esto se denomina revisión retrospectiva.

En el proceso de la UM seguimos las Pautas de Necesidad Médica (MNG por sus siglas en inglés). Las MNG incluyen criterios clínicos basados en evidencia científica, estándares profesionales y opiniones de expertos. Desarrollamos las MNG con los aportes de Proveedores practicantes locales. También usamos estándares de las organizaciones nacionales de acreditación.

Revisamos estas pautas anualmente o con más frecuencia cuando se aceptan medicamentos, tratamientos y tecnologías nuevos de manera general. Se actualizan periódicamente y están disponibles en point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines.

No premiamos a los Proveedores, al personal clínico de la UM ni a los consultores por denegar la atención. No ofrecemos dinero o incentivos financieros a los Proveedores de la Red, al personal clínico de la UM ni a los consultores que podrían disuadirlos de poner ciertos servicios a su disposición.

Si tiene preguntas, llámenos al 888-257-1985 (TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos. Nuestro personal está disponible para analizar problemas con la UM durante este horario de atención. Fuera de este horario, responderemos a los mensajes de voz y faxes el siguiente Día hábil. Tenemos personal bilingüe disponible y ofrecemos servicios de traducción

en 200 idiomas gratis a los miembros. También puede encontrar información sobre las solicitudes de UM iniciando sesión en su portal seguro para Miembros.

Autorización Previa

El tipo más común de solicitud de UM es la Autorización Previa. Se trata de un permiso previo al inicio del tratamiento propuesto. Sus Proveedores saben cuándo y cómo solicitar una Autorización Previa. Si no se aprueba la Autorización Previa antes de que reciba la atención, se denegará la cobertura. Tendrá que pagar por esa atención.

Hay dos razones por las que puede necesitar una Autorización Previa. Una se basa en el Servicio Cubierto específico. La otra es si el Proveedor no forma parte de la Red de Tufts Health Direct. Para obtener más detalles, lea las siguientes secciones.

Servicios Cubiertos

Para ciertos servicios, su Proveedor necesita obtener una Autorización Previa antes de que comience el tratamiento. Para ver qué Servicios Cubiertos necesitan una Autorización Previa:

- Use este Manual del Miembro. Revise la sección Servicios Cubiertos que comienza en la página 27. Consulte el Anexo B que comienza en la página 78
- Inicie sesión en tuftshealthplan.com/memberlogin
- Llame a Servicios para Miembros al 888-257-1985

Cuando necesite una Autorización Previa para un servicio de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias, un Profesional de Salud Mental Licenciado decidirá si el servicio es Médicamente Necesario. No aplicaremos limitaciones de tratamiento ni Costo Compartido a los servicios de Salud Conductual que no apliquemos a los servicios médicos.

Proveedores Fuera de la Red

La atención fuera de la red debe darse con un proveedor que tenga la capacitación y experiencia necesarias. Los Proveedores Fuera de la Red necesitan una Autorización Previa para que usted pueda recibir atención que no sea de emergencia ni de urgencia. Es posible que le autoricemos a ver a un Proveedor Fuera de la Red en las siguientes circunstancias:

- No hay Proveedores Dentro de la Red que tengan la experiencia para tratar sus necesidades de cuidado de la salud.
- El Proveedor lo atendió en un departamento de Emergencias. Podemos aprobar dos visitas de seguimiento.
- Comenzó un tratamiento de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias como Paciente Externo antes de inscribirse en el Plan. Su Proveedor debe indicar que la suspensión del tratamiento puede provocar daños mayores.
- Usted se encuentra en el período de Continuidad de la Atención. Consulte la página 17 para obtener más información.

Con autorización previa, cubrimos los servicios aprobados y pagas el mismo copago que pagarías si el servicio fuera con un proveedor dentro de la red. Limitamos el monto que pagaremos por servicios de Proveedores Fuera de la Red. Lo máximo que pagaremos por los servicios aprobados es el Monto Permitido, a menos que se trate de una Factura Sorpresa. Es posible que deba pagar el saldo si la Reclamación es por un monto mayor al Monto Permitido, a menos que se trate de una Factura Sorpresa. Por ejemplo, si el Monto Permitido es de $1,000 y el Costo Compartido del Miembro aplicable para los servicios es un Copago de $200, el monto máximo que pagaremos es de $800.

Solicitud de Autorización Previa y Respuesta

Servicios Médicos y de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias

Las solicitudes de autorización previa estándar se resolverán en un plazo de 2 días hábiles después de recibir toda la información necesaria. Resolveremos las solicitudes urgentes dentro de 2 días después de recibir la solicitud, sin pasar de 72 horas.

Resolveremos una solicitud de autorización previa para ingreso o traslado a un centro de atención posaguda al siguiente día hábil después de recibir toda la información.

Se requiere Autorización Previa a más tardar 5 días hábiles antes de cualquier procedimiento médico electivo que requiera que el paciente sea Hospitalizado. Los niveles de atención de Urgencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.

Cuando hayamos tomado una decisión, se lo informaremos al Proveedor solicitante dentro de 24 horas. Le informaremos por escrito dentro de un día hábil si denegamos la solicitud y dentro de dos días hábiles si la aprobamos.

Farmacia y Medicamentos de Beneficios Médicos

- Solicitudes Estándar: Decidiremos en un plazo de 2 días hábiles a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.
- Solicitud Apremiante sin Formulario: Decidiremos en un plazo de 24 horas a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.
- Solicitudes Urgentes: Decidiremos en un plazo de 48 horas.

Dentro de 24 horas le informaremos de nuestra decisión al Proveedor que solicita la cobertura del medicamento. Le informaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de 24 horas.

Aprobaciones y denegaciones de Autorizaciones Previas

Le informaremos a usted y a su Proveedor qué servicios aceptamos cubrir. El Proveedor debe tener una carta de Autorización Previa de parte nuestra antes de brindarle la atención. Si no la tiene, es posible que no se le pague.

Si necesita más atención de la que aprobamos, su Proveedor debe solicitarla. Si aprobamos la solicitud de más servicios, les enviaremos a usted y a su Proveedor una carta de Autorización Previa.

Si no aprobamos una Autorización Previa, no pagaremos esas visitas o servicios. Le enviaremos a usted, a su Proveedor o a su Representante Designado una carta de denegación. Esto se denomina carta de Determinación Adversa. También enviaremos una notificación en el caso de que decidamos reducir, retrasar o detener la cobertura de los servicios que hemos aprobado previamente.

La carta de Determinación Adversa que enviemos incluirá una explicación clínica de nuestra decisión y:

- Hablará de sus síntomas o condición y del diagnóstico. Le dará las razones específicas por las cuales la evidencia que nos envió su Proveedor no cumplió con los criterios de revisión médica
- Citará la información específica que usamos
- Incluirá las Pautas de Necesidad Médica usadas en el proceso de UM
- Especificará opciones de tratamiento alternativo que cubrimos, si corresponde
- Le indicará cómo presentar una Apelación, incluyendo una Apelación Interna Expedita

Si no está de acuerdo con alguna de estas decisiones, puede presentar una Apelación. Para obtener más detalles, consulte “Cómo resolver inquietudes” en la página 56.

Revisión Concurrente

Otro tipo de solicitud de UM es la revisión Concurrente. Este proceso se aplica si recibe Servicios como Paciente Hospitalizado o está en un plan de tratamiento continuo. Este tipo de UM revisa su situación para garantizar que se brinde la atención correcta en el lugar y al nivel adecuados.

Tomamos decisiones de revisión concurrente dentro de las 24 horas después de recibir toda la Información Necesaria de su Proveedor. Si denegamos la Autorización para una estadía más larga o más servicios, puede seguir recibiendo el servicio sin costo para usted hasta que le informemos nuestra decisión de revisión concurrente. Le enviaremos a usted por correo postal y a su Proveedor por fax una confirmación por escrito dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

La notificación al Miembro y al Proveedor incluirá:

- La fecha de admisión o de inicio de los servicios
- La cantidad de Días de extensión o la próxima fecha de revisión
- La cantidad total nueva de Días o servicios que hemos aprobado

Usted o su Proveedor pueden Apelar la decisión antes o después de recibir el alta Para obtener más detalles, consulte “Cómo resolver inquietudes” en la página 56.

Reconsideración de una Determinación Adversa

Si su solicitud de Autorización Previa o revisión concurrente de cobertura para servicios fue denegada, el Proveedor que lo trata puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. El proceso de Reconsideración ocurrirá dentro de un Día hábil después de la recepción de la solicitud. Un especialista clínico del mismo nivel o especialidad similar revisará el caso y se comunicará con tu proveedor.

Si su Proveedor solicitó una Reconsideración y no cambiamos nuestra decisión, usted, su Proveedor o su Representante Designado pueden usar el proceso de Apelación que se describe a partir de la página 58. No tiene que pedirnos que reconsideremos una Determinación Adversa antes de solicitar una Apelación Interna Estándar o una Apelación Interna Expedita.

Servicios Experimentales y/o en Investigación

Usamos un proceso estandarizado para considerar si cubrimos nueva tecnología y medicamentos, dispositivos o tratamientos Experimentales y/o en Investigación. El proceso de evaluación incluye:

- Determinación del estado de aprobación de la FDA del dispositivo/producto/medicamento en cuestión
- Revisión de la literatura clínica relevante
- Consulta con Proveedores de atención especializada activos para determinar los estándares de práctica actuales

Las decisiones se formulan en forma de recomendaciones de cambios de política y se envían a nuestra administración para que las revise y tome las decisiones finales de implementación.

Continuidad de la Atención

Apoyamos la Continuidad de la Atención para Miembros nuevos y actuales. Para obtener más detalles, lea las siguientes secciones.

Miembros nuevos

Es posible que cubramos un período definido para que usted permanezca con su Proveedor Fuera de la Red y tratamiento actuales. Este período durará hasta que pueda realizar la transición de la atención a un Proveedor Dentro de la Red. Estas situaciones incluyen:

- Atención continua de su PCP por hasta 30 Días después de la inscripción
- Tratamiento activo para tratar una enfermedad o trastorno que no se ha estabilizado. Esto puede ser por hasta 30 Días después de la inscripción
- Servicios continuos de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias por hasta 90 Días en la mayoría de los casos
- Servicios de cuidados prenatales si tiene más de 12 semanas de gestación. Puede seguir recibiendo cuidados hasta seis semanas después del parto
- Hospicio o cuidados paliativos si tiene una Enfermedad Terminal

Miembros actuales

Podemos cubrir un período definido si su Proveedor cancela su inscripción con nosotros por motivos que no sean de calidad o Fraude.

- Puede consultar a su PCP por hasta 30 Días después de cancelar su inscripción. Si su PCP cancela su inscripción, se lo notificaremos con al menos 30 Días de antelación\
- Si estás en un tratamiento activo, el período puede ser de hasta 90 días. Se considera que estás en un plan de tratamiento activo si cumples con estos requisitos:
    - Estás recibiendo atención como paciente hospitalizado en un hospital de atención aguda, un hospital de cuidados a largo plazo, un hospital de rehabilitación o un centro de enfermería especializada.
    - Se sometió a una cirugía programada no electiva
    - Tiene una Condición Grave y Compleja
- Si está embarazada, el período puede ser de hasta seis semanas después del parto
- Si tiene una Enfermedad Terminal, hasta la muerte

Nota: Una Condición Grave y Compleja es una enfermedad que requiere atención médica especializada aguda o a largo plazo para evitar la posibilidad de muerte o daño permanente. Algunos ejemplos incluyen ataque cardíaco y accidente cerebrovascular. Las condiciones estables como la diabetes, la artritis y el asma no califican.

Condiciones de cobertura de Continuidad de la Atención

Su Proveedor debe cumplir todas las siguientes condiciones para la Continuidad de la Atención.

- Proporcionar servicios que sean Servicios Cubiertos según este Manual del Miembro
- Obtener una Autorización Previa aprobada antes de continuar la atención

- Aceptar el pago según la tarifa que pagamos a los Proveedores Dentro de la Red
- Aceptar dicho pago como pago total
- No cobrarle más que su responsabilidad del Costo Compartido
- Seguir nuestros estándares de calidad
- Seguir nuestras políticas y procedimientos
- Proporcionarnos la información médica necesaria relacionada con la atención provista

Elegibilidad, inscripción, renovación y cancelación de la inscripción

Health Connector o el Administrador de Inscripciones determina la elegibilidad de los Suscriptores de Tufts Health Direct y sus Familiares Dependientes.

Comuníquese con Health Connector para obtener más información sobre la ayuda para pagar su cobertura del seguro de salud.

Cuando recibamos la notificación de su inscripción de parte de Health Connector o el Administrador de Inscripciones, le enviaremos una Tarjeta de Identificación de Miembro y más información sobre su Plan. Puede permanecer inscrito en Tufts Health Direct mientras cumpla con los requisitos de elegibilidad y pague su Prima.

La aceptación en nuestro Plan nunca se basa en su

- Edad
- Experiencia en cuanto a Reclamaciones
- Duración de la cobertura
- Origen étnico o raza
- Género
- Condición de salud, actual o prevista
- Ingresos
- Condición médica
- Ocupación
- Condición física o mental
- Discapacidad física o mental
- Condiciones preexistentes
- Estado anterior como Miembro
- Religión
- Orientación sexual

No usamos los resultados de exámenes genéticos cuando tomamos decisiones sobre inscripción, elegibilidad, renovación, pago o cobertura de Servicios de Cuidado de la Salud.

Elegibilidad de Familiares Dependientes

Las siguientes personas son elegibles para ser inscritas como Familiares Dependientes del Suscriptor:

- El Cónyuge legal de un Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside
- La pareja de unión civil legal de un Suscriptor, de conformidad con la ley del estado en el que el suscriptor reside
- La pareja de hecho de un Suscriptor
- Un Cónyuge divorciado o separado de un Suscriptor según lo exige la ley de Massachusetts

- Un Hijo de un Suscriptor o de su Cónyuge legal o pareja de hecho, hasta los veintiséis (26) años, definido como:
    - Un Hijo biológico o
    - Un hijastro o
    - Un Hijo adoptado legalmente o un Hijo colocado para adopción con el Suscriptor o con su Cónyuge legal o pareja de hecho, de conformidad con la ley del estado en el que el Suscriptor reside
    - Un Hijo de quien el Suscriptor o su Cónyuge legal o pareja de hecho es el tutor legal designado por un tribunal
    - Un Hijo Dependiente de un Hijo inscrito
    - Un Hijo adulto Discapacitado mayor de 26 años del Suscriptor o de su Cónyuge legal o pareja de hecho

Divorcio o separación

El Cónyuge sigue siendo elegible para la cobertura en caso de divorcio o separación legal. Esto es así incluso si la sentencia se dictó antes de la Fecha de Entrada en Vigor. Esta cobertura no requiere ninguna Prima adicional. En caso de un matrimonio nuevo, es posible que haya un costo adicional. El Excónyuge sigue siendo elegible para esta cobertura solo hasta que ocurra uno de los siguientes casos:

- El Suscriptor ya no está obligado por la sentencia a proveer seguro de salud para el Excónyuge
- El Excónyuge se vuelve a casar
- El Suscriptor cancela la inscripción en el Plan

Niños Recién Nacidos y Adoptivos

Un bebé recién nacido de un Miembro es elegible para la cobertura del Plan desde el momento del nacimiento según lo exige la ley de Massachusetts.

Agregue a su solicitud a niños recién nacidos, adoptivos o en acogida en un plazo de 30 Días a partir del momento en que pasen a formar parte de su hogar. Es mejor agregar a los recién nacidos dentro de los 10 Días posteriores al nacimiento para asegurarse de que su cobertura entre en vigencia de inmediato. Si no se informa a tiempo, es posible que su familiar tenga un período sin cobertura o que deba esperar hasta la próxima Inscripción Abierta para obtener cobertura.

Si se requiere el pago de una Prima específica para proveer cobertura a un Hijo, debe pagarla. Además, la póliza o contrato puede requerir uno o más de los siguientes:

- Notificación de nacimiento de un Hijo recién nacido
- Presentación de la solicitud de adopción de un Niño en acogida
- Colocación de un Niño con fines de adopción

El Suscriptor debe elegir un Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento del recién nacido o a la fecha de adopción o colocación para adopción.

El Suscriptor debe comunicarse con Health Connector o su Administrador de Inscripciones para obtener más información sobre la inscripción de un Hijo recién nacido o uno Adoptivo.

Elegibilidad del empleado

Un empleado es elegible para inscribirse en Tufts Health Direct a través de un Grupo del empleador si el empleado:

- Es empleado de un empleador contribuyente calificado de Massachusetts
- Cumple con todos los requisitos de elegibilidad para empleadores
- Vive o trabaja dentro del Área de Servicio de Tufts Health Direct

Cambio en el estado de elegibilidad

Es su responsabilidad comunicar los cambios que puedan afectar su elegibilidad. La notificación debe hacerse dentro de los 60 Días posteriores al evento. Esto incluye los cambios que se produzcan en usted o en sus Familiares Dependientes inscritos en su Plan. Entre los cambios que afectan su elegibilidad o la de sus Familiares Dependientes se incluyen los siguientes:

- Un Miembro o un Familiar Dependiente fallece
- Uno de sus Familiares Dependientes se casa
- Usted cambia de dirección
- Tiene un bebé o adopta un Hijo
- Hay un cambio en su estado civil
- Su trabajo o sus ingresos cambian
- Usted o un Familiar Dependiente ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Plan
- Se muda fuera de nuestra Área de Servicio

Los cambios en los Familiares Dependientes y/o los ingresos del hogar pueden resultar en un cambio en el Plan para el que es elegible. También pueden afectar su Prima. Estos cambios también pueden afectar el monto de los subsidios federales o estatales o los créditos fiscales que pueda recibir.

Si se da alguno de los casos anteriores, comuníquese con su fuente de inscripción:

- Health Connector: 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765), o TTY: 711 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla. Horario: de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.
- HSA Insurance: 781-228-2222 (teléfono y TTY, para personas con pérdida auditiva parcial o total). Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
- Small Business Service Bureau (SBSB): 800-472-7199 (teléfono y TTY, para personas con pérdida auditiva parcial o total). Horario: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.

Fecha de Entrada en Vigor

La Fecha de Entrada en Vigor es la fecha en que se convierte en Miembro de Tufts Health Direct. Esta es la fecha en la que usted es elegible para recibir Servicios Cubiertos de Proveedores de Tufts Health Direct. Sus Fechas de Entrada en Vigor para Suscriptores nuevos individuales y Familiares Dependientes se rigen según las leyes estatales y federales. Su cobertura comienza a las 12:01 a.m. el primer Día del mes en que empieza su inscripción.

Nota: Incluso si su membresía comienza mientras está hospitalizado, la cobertura empieza el día de la Fecha de Entrada en Vigor.

Sin Período de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes

No hay Períodos de Espera ni limitaciones por condiciones preexistentes en nuestro Plan. Todos los Servicios Cubiertos están disponibles para usted a partir de su Fecha de Entrada en Vigor.

Renovación de su cobertura

Planes individuales/familiares

Todas las personas renuevan la membresía durante el período de inscripción abierta anual. Fuera de este período, la persona puede tener un evento de vida que le permita inscribirse. Las personas pueden solicitar una exención de inscripción para otras situaciones. Una exención permite la inscripción fuera del período de inscripción abierta. Comuníquese con Health Connector para obtener más información sobre exenciones de inscripción.

La cobertura individual se renueva el 1 de enero de cada año calendario. Si renueva con una Fecha de Entrada en Vigor del 1 de febrero o posterior, tendrá un Año del Plan corto.

Es posible que no renovemos la cobertura de una persona elegible si la persona:

- No ha pagado las Primas requeridas
- Ha cometido Fraude
- Ha tergiversado su calificación para el Plan
- Ha tergiversado la información necesaria para determinar su elegibilidad para un Plan de salud o para beneficios de salud específicos
- No ha cumplido con nuestras disposiciones, el contrato de Miembro o el acuerdo de Suscriptor. Esto incluye, entre otros, una persona, empleado o Familiar Dependiente que se muda fuera de nuestra Área de Servicio
- No cumple, al momento de la renovación, las normas de elegibilidad. Esto es si recopilamos suficiente información para tomar la determinación y poner dicha información a disposición de Health Connector
- No ha cumplido con nuestra solicitud razonable de información en una solicitud de cobertura

Participantes de un Plan Grupal

Los Grupos del empleador renuevan la membresía cada 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor. La cobertura del empleado se renueva 12 meses después de la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo del empleador, sin importar la Fecha de Entrada en Vigor del empleado. Las Primas Mensuales se basan en la Fecha de Entrada en Vigor del Grupo del empleador.

Debe informar a Health Connector o a su Administrador de Inscripciones sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad o la de su Familiar Dependiente. Algunos ejemplos de estos cambios son:

- Cambios de dirección
- Nacimiento, adopción, cambio de estado civil o muerte
- Cambios en el estado de un Familiar Dependiente inscrito, ya sea como Hijo o como Familiar Dependiente Discapacitado
- Mudanza fuera del Área de Servicio
- Residencia temporal fuera del Área de Servicio durante más de 90 Días consecutivos

- Matrimonio nuevo, suyo o de su Excónyuge, cuando dicho Excónyuge es un Familiar Dependiente inscrito bajo su Cobertura Familiar

Si un empleador participante cambia cualquiera de los puntos anteriores, la empresa podrá ser revalidada al momento de la renovación del Grupo. Es posible que Health Connector o el Administrador de Inscripciones le pida documentos para confirmar la información provista por el empleador participante al momento de la renovación.

Nosotros, Health Connector o el Administrador de Inscripciones podemos no renovar el Plan de un empleador si este no cumple con los requisitos de elegibilidad o de participación al momento de la renovación o si el empleador:

- No ha pagado sus Primas
- Ha cometido Fraude o hecho declaraciones falsas en relación con la elegibilidad de sus empleados para el Plan
- Ha hecho declaraciones falsas sobre la información necesaria para confirmar el tamaño, la tarifa de participación o la Prima del Grupo
- No cumplió los requisitos del Plan, incluyendo, entre otros, que el empleador o su(s) empleado(s) se muden fuera del Área de Servicio del Plan
- No cumplió con nuestra solicitud razonable o la de Health Connector de información necesaria para verificar la solicitud de cobertura
- No participa activamente en la empresa
- No cumplía con la definición de Grupo Pequeño

No Renovación del Plan

Podemos optar por no renovar un Plan de Beneficios de Salud para una persona o Grupo Pequeño elegible. En tal caso, debemos notificarlo con al menos 60 Días de antelación. Incluiremos la(s) razón(es) específica(s) para la no renovación según nuestros criterios registrados.

Podemos optar por dejar de ofrecer un Plan en particular. En tal caso, debemos notificarlo con al menos 90 Días de antelación a las personas o Grupos Pequeños Elegibles afectados.

Cancelación de la inscripción

Es posible que se le cancele su inscripción en Tufts Health Direct. En ese caso, estará cubierto como Miembro hasta las 11:59 p.m. del último Día del mes en que termina su inscripción. Si usted es Miembro de un Grupo, la cobertura puede terminar su último Día de empleo o el último Día del mes. Consulte con su empleador.

Su inscripción en nuestro Plan puede terminar en los siguientes casos:

- Una persona o un Grupo decide terminar la cobertura
- No ha pagado sus Primas
- Usted comete un acto de maltrato físico o verbal que no está relacionado con su condición física o mental que representa una amenaza para algún Proveedor, otro Miembro, para el Plan o un empleado del Plan
- Comete un acto de tergiversación o Fraude intencional. Esto puede estar relacionado con la cobertura, la obtención de Servicios de Cuidado de la Salud o el pago de dichos servicios. La terminación puede ser retroactiva a la Fecha de Entrada en Vigor, la fecha del Fraude o tergiversación u otra fecha que determinemos

- No sigue nuestras normas conforme a este Manual del Miembro
- No cumple con los requisitos de elegibilidad

Nunca solicitaremos cancelar los servicios para un Miembro debido a un cambio negativo en la salud o al uso de servicios médicos por parte del Miembro, a una capacidad mental disminuida o una conducta poco cooperativa producto de las necesidades especiales.

Fecha de finalización de la cobertura

Se le notificará la fecha en que finaliza la cobertura del Plan.

Si su cobertura finaliza porque no pagó sus Primas, se le notificará al menos 30 Días antes de la fecha de finalización. El plazo depende de cómo pague sus Primas:

- Si tiene una cobertura no subvencionada o pertenece a un Grupo Pequeño, su cobertura finalizará si no paga la Prima durante dos meses. La cobertura finaliza el Día posterior a la fecha de vencimiento del pago. La fecha de finalización de su cobertura es el último Día del mes en que realizó el pago total. La terminación es retroactiva. Por ejemplo, si su último pago fue el 1 de enero y no pagó durante febrero y marzo, su cobertura finaliza el 31 de enero.
- Si usted está en un Plan ConnectorCare o recibe un Crédito Fiscal Federal para el Pago de Primas y no ha pagado su Prima durante tres meses, su cobertura termina el Día después de la fecha de vencimiento del pago. La fecha de finalización de la cobertura es el último Día del primer mes que adeudaba pero que no pagó. La terminación es retroactiva con un período de gracia de 30 Días. Por ejemplo, si pagó por última vez la cobertura el 1 de enero pero no realizó los pagos de febrero, marzo y abril, su cobertura finaliza el 28 de febrero.

Beneficios después de la terminación

No pagaremos por los servicios, suministros ni medicamentos que reciba después de la finalización de su cobertura. Esto se aplica incluso en los siguientes casos:

- Usted estaba recibiendo atención como Paciente Hospitalizado o Externo antes de la finalización de su cobertura
- Usted tenía una condición médica que requería atención médica después de la finalización de su cobertura

Cambios en el Plan de salud

Nosotros le proporcionaremos información sobre el período de inscripción abierta anual de Tufts Health Direct. Todos los Miembros pueden cambiar de Plan por cualquier motivo durante este período.

Los Miembros pueden cambiar su inscripción durante un Período de Inscripción Especial si se produce un evento calificativo. El evento calificativo se debe notificar a Health Connector o a su Administrador de Inscripciones en un plazo de 60 Días a partir del evento. Los cambios en el Plan de salud entrarán en vigor en la fecha del evento calificativo. Los ejemplos incluyen, entre otros:

- Contraer matrimonio
- Cambio en los Familiares Dependientes del hogar
- Pérdida de la cobertura de MassHealth
- Pérdida de su seguro laboral
- Fin de su estado de Familiar Dependiente en el Plan de otra persona

- Cumplir 26 años y dejar de calificar como Familiar Dependiente en un Plan familiar
- Cambio de residencia, como una mudanza permanente a Massachusetts, una mudanza permanente dentro del estado o salir de la cárcel o prisión
- Es indio americano o nativo de Alaska, según se define en la sección 4 de la Ley de Autodeterminación Indígena y de Ayuda a la Educación. Dicha persona puede inscribirse en un Plan de salud o cambiar de un Plan a otro una vez al mes aunque haya finalizado el período de inscripción abierta
- Otras circunstancias excepcionales

Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo

Continuación de la cobertura de conformidad con la ley federal (COBRA)

De conformidad con la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado de 1985 (COBRA por sus siglas en inglés), los Miembros de un Grupo pueden ser elegibles para conservar la cobertura bajo el Contrato Grupal si:

- Usted estaba inscrito en un grupo que tiene 20 empleados elegibles o más
- Usted experimenta un evento calificativo que le podría causar la pérdida de su cobertura en el Grupo
- Usted elige la cobertura según lo provisto de conformidad con la COBRA

A continuación, encontrará un resumen de la continuación de la cobertura de conformidad con la COBRA:

Eventos calificativos

Los siguientes son eventos calificativos que pueden darle derecho a la continuación de la cobertura de conformidad con la COBRA:

- Terminación del empleo del Suscriptor por motivos distintos a mala conducta flagrante
- Reducción de las horas de trabajo del Suscriptor
- Divorcio o separación legal del Suscriptor
- Muerte del Suscriptor
- Derecho del Suscriptor a Medicare
- Pérdida de la condición de Familiar Dependiente elegible

Período de continuación de la cobertura de conformidad con la COBRA

La COBRA ofrece continuación de la cobertura grupal durante 18 a 36 meses según su evento calificativo. La cobertura puede terminar antes si las Primas no se pagan a tiempo, su grupo cancela su Plan Grupal o debido a otras razones como discapacidad u obtención de otra cobertura. Para obtener más información sobre la COBRA, comuníquese con su Grupo o con Health Connector.

Costo de la cobertura

En la mayoría de los casos, usted debe pagar el 102% del costo de la cobertura.

Continuación de la cobertura para Suscriptores discapacitados

Cuando el empleo de un Suscriptor termina o se reducen sus horas de trabajo, él o su Familiar Dependiente elegible pueden continuar con la cobertura grupal por hasta 29 meses si quedan discapacitados según el Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social. Esta cobertura debe realizarse en un plazo de 60 Días

a partir del evento calificativo según la ley federal. El costo de la Prima por los 11 meses añadidos puede ser de hasta el 150% de la tarifa de la Prima.

Inscripción

Para inscribirse, debe completar un formulario de elección y devolverlo a su Grupo. Debe devolver el formulario dentro de los 60 Días posteriores a la fecha de terminación de la cobertura grupal o de la notificación de elegibilidad, lo que ocurra después. Si no devuelve el formulario completado, se considerará como una renuncia. Esto quiere decir que no se le permitirá mantener la cobertura de este Plan según el Contrato Grupal.

Beneficiarios calificados

Los beneficiarios calificados son elegibles para 18 o 36 meses de continuación de la cobertura de conformidad con la COBRA federal. El período máximo de cobertura es de 18 meses por terminación del empleo o reducción de las horas de trabajo. Ciertos eventos calificativos o un segundo evento calificativo durante el primer período de cobertura pueden extender la cobertura a 36 meses. Consulte la siguiente tabla "Duración de la Cobertura" para obtener más detalles.

COBRA federal – Duración de la Cobertura		
Evento(s) Calificativo(s)	**Beneficiarios Calificados**	**Período Máximo de Cobertura**
Terminación del empleo del Suscriptor por cualquier motivo que no sea mala conducta flagrante. Reducción de las horas de trabajo del Suscriptor	Suscriptor, Cónyuge e Hijos Dependientes	18 meses*
Divorcio, separación legal, derecho a Medicare o muerte del Suscriptor	Cónyuge e Hijos Dependientes	36 meses
El Familiar Dependiente del Suscriptor o de su Cónyuge deja de serlo	Hijo Dependiente	36 meses

Nota Importante: Si un beneficiario calificado es considerado discapacitado dentro de los primeros 60 Días de continuación de la cobertura de conformidad con la COBRA federal para estos eventos calificativos, él y sus familiares pueden extender la cobertura de conformidad con la COBRA por hasta 11 meses más. Durante este período extendido, es posible que tengan que pagar hasta el 150% del costo de la cobertura de conformidad con la COBRA.

Continuación de la cobertura Grupal de conformidad con la ley de Massachusetts

La cobertura Grupal de un Miembro bajo el Contrato Grupal podrá terminar si el Miembro experimenta un evento calificativo. Un evento calificativo se define como:

- Muerte del Suscriptor
- Terminación del empleo del Suscriptor por cualquier motivo que no sea mala conducta flagrante
- Reducción de las horas de trabajo del Suscriptor
- Divorcio o separación legal del Suscriptor
- Derecho del Suscriptor a Medicare
- El Familiar Dependiente del Suscriptor o de su Cónyuge deja de ser un Hijo Dependiente

Si un Miembro experimenta un evento calificativo, el Miembro puede ser elegible para continuar con la cobertura Grupal como Suscriptor o como Familiar Dependiente inscrito según la continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts según se describe a continuación.

Nota: Las disposiciones de continuación se aplican a los Cónyuges del mismo sexo. Comuníquese con su empleador para obtener más información.

Cuándo comienza la cobertura

La continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts entra en vigor el día después de que termine la cobertura Grupal, en la mayoría de los casos.

Cuándo termina la cobertura

La continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts termina, en la mayoría de los casos, 18 o 36 meses después de la fecha del Evento Calificativo, dependiendo del tipo de Evento Calificativo.

Pago de la Prima

En la mayoría de los casos, debe pagar el 102% de la Prima Grupal para la continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts.

Normas para la continuación de conformidad con Massachusetts

Según una ley de Massachusetts similar a la COBRA, usted puede ser elegible para la continuación de la cobertura si:

- Estaba inscrito en el Plan Tufts Health Direct a través de un Grupo de Massachusetts con entre 2 y 19 empleados elegibles
- Experimenta un evento calificativo que le podría causar la pérdida de su cobertura Grupal
- Elige esta continuación de la cobertura siguiendo el procedimiento descrito

Un Miembro que es elegible para la continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts es un “beneficiario calificado”. A este Miembro se le debe otorgar un período de elección de 60 Días para elegir o no la continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts. Este período se mide a partir de la fecha más reciente entre la fecha en la que finaliza la cobertura del Contrato Grupal del beneficiario calificado o la fecha en la que el Grupo provee al beneficiario calificado una notificación de elección. Para elegir esta cobertura, debe completar un formulario de elección de continuación de la cobertura de conformidad con Massachusetts y entregarlo a su Grupo dentro del período de 60 Días. Para obtener más información, comuníquese con su Grupo.

Cobertura bajo un contrato individual

Cuando termina su cobertura bajo la continuación de conformidad con la COBRA federal o la continuación de conformidad con Massachusetts, usted y sus Familiares Dependientes inscritos pueden ser elegibles para solicitar cobertura bajo un Contrato Individual.

Cierre de plantas

Descripción de continuación disponible bajo un Contrato Grupal

Según la ley de Massachusetts, los Suscriptores cuyos empleos terminen debido al cierre de una planta o al cierre parcial cubierto con certificación estatal pueden ser elegibles, junto con sus Familiares Dependientes inscritos, para la continuación de la cobertura durante un período de 90 Días. El Grupo debe notificar a los Suscriptores sobre su elegibilidad. Para obtener más información, llame a su Grupo o a Servicios para Miembros.

Cobertura bajo un contrato individual

Si su cobertura Grupal finaliza, es posible que sea elegible para inscribirse en una cobertura bajo un contrato individual. Tenga presente que la cobertura bajo un contrato individual puede diferir de la cobertura bajo un Contrato Grupal. Para obtener más información, llame a Health Connector al 1-877-MA-ENROLL (1-877-623-6765), o TTY: 711 para personas sordas, con dificultades auditivas o discapacidades del habla.

Servicios Cubiertos

Cubrimos los Servicios Cubiertos Médicamente Necesarios que figuran en este Manual. Los Servicios Cubiertos deben coincidir con las Pautas de Necesidad Médica (MNG) de Tufts Health Plan que estén en vigor al momento en que se proveen los servicios o suministros. Revise nuestras MNG en point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines. No aplicamos restricciones, límites ni exclusiones por condiciones preexistentes a los beneficios que tienes cubiertos. Los productos y servicios para tratar una condición de salud mental se consideran parte de los beneficios de salud mental si cumplen los estándares médicos reconocidos.

Debe recibir Servicios Cubiertos de Proveedores Dentro de la Red de Tufts Health Direct. Los únicos servicios Fuera de la Red que cubrimos son la Atención de Emergencia y de Urgencia. Si un servicio no se indica específicamente como cubierto, entonces no está cubierto por este acuerdo. Consulte también “Servicios no cubiertos” en la página 47.

Si un Servicio Cubierto propuesto no está disponible Dentro de la Red, podemos cubrirlo Fuera de la Red con Autorización Previa. En ese caso, se seguirá aplicando su Costo Compartido. Consulte también “Autorización Previa – Servicios Fuera de la Red” en la página 14.

Las siguientes secciones indican los servicios que cubrimos para los Miembros de Tufts Health Direct. La responsabilidad del Costo Compartido para su Plan se indica en la sección Lista de Beneficios en el Anexo B.

Además de las limitaciones indicadas en la Lista de Beneficios, podemos limitar o exigir Autorización Previa para los Servicios Cubiertos según la Necesidad Médica. Consulte también “Administración de la Utilización” en la página 13.

Beneficios médicos cubiertos

Servicios de aborto

Cubrimos el aborto quirúrgico o con medicamentos y los cuidados relacionados sin Autorización Previa. Los siguientes servicios están cubiertos cuando se proveen con el procedimiento del aborto:

- Evaluación y examen previos al aborto
- Asesoramiento preoperatorio
- Ultrasonidos
- Servicios de laboratorio, incluyendo las pruebas de embarazo, grupo sanguíneo y factor Rh
- Inmunoglobulina anti-D (Rh) (humana)
- Anestesia (general o local)
- Atención después del aborto

- Seguimiento
- Asesoramiento sobre anticoncepción o referido a Servicios de Planificación Familiar

Nota: La atención relacionada con un embarazo o aborto espontáneo no está cubierta por este beneficio.

Servicios para alergias

Cubrimos pruebas de alergia e inmunoterapia contra alergias (inyecciones contra alergias); se aplican límites de cobertura.

Servicios de ambulancia

En caso de Emergencia, cubrimos los servicios de transporte terrestre, marítimo y aéreo sin Autorización Previa. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 Quimioterapia y Oncología Radioterápica

Cubrimos servicios de quimioterapia y oncología radioterápica para el tratamiento del cáncer. Se requiere Autorización Previa para algunos servicios.

Atención quiropráctica

Cubrimos la manipulación de la columna vertebral, ejercicios terapéuticos y estimulación eléctrica muscular.

Cuidado del paladar hendido/labio leporino

Cubrimos la cirugía para miembros menores de 18 años con paladar hendido o labio leporino, incluyendo lo siguiente:

- Cirugía Ambulatoria: Cirugía y atención por cirujanos orales y plásticos.
- Cuidado dental: Odontología preventiva, correctiva o de ortodoncia para tratamientos relacionados
- Terapia del habla
- Servicios de audiología
- Servicios de nutrición

Puede que se requiera una autorización previa.

Ensayos clínicos

Cubrimos los costos de rutina para las personas que califiquen en ensayos clínicos aprobados por las leyes federales y de Massachusetts sin necesidad de Autorización Previa.

Vacunas, Pruebas y Tratamiento contra el COVID-19

Cubrimos las vacunas contra el COVID-19, las pruebas administradas por proveedores y la telemedicina y el tratamiento relacionados con el COVID-19; las pruebas de venta libre que se realizan en el hogar no están cubiertas. Es posible que se requiera Autorización Previa.

Dental – accidentes

Cubrimos tratamiento de Emergencia de lesiones accidentales a dientes sanos, naturales y permanentes causadas por una fuente externa a la boca.

Atención dental, que no sea de Emergencia (solo Pediátrica, Delta Dental)

Delta Dental cubre servicios de atención dental pediátrica para los Miembros menores de 19 años de edad. La atención dental incluye servicios preventivos, básicos y de restauración. La ortodoncia está cubierta cuando es Médicamente Necesaria y con Autorización Previa. Visite el sitio web de Delta Dental para obtener más información: deltadentalma.com/epo-find-a-dentist

Nota: “Menores de 19 años de edad” significa el último Día del mes en que un Miembro cumple los 19 años.

Tratamiento de la diabetes

Cubrimos los siguientes servicios para diagnosticar o tratar varios tipos de diabetes:

- Servicios para Pacientes Externos de capacitación y educación para el autocontrol de la diabetes, incluyendo la terapia médica nutricional
- Servicios de podología para Miembros diagnosticados con diabetes
- Análisis de laboratorio para la diabetes, como análisis de hemoglobina glicosilada (HbA1c), análisis de proteína en la orina/microalbúmina y perfiles lipídicos
- Bombas y suministros para bombas de insulina, sintetizadores de voz y dispositivos de aumento de la visión para uso en el hogar para personas legalmente ciegas
- Zapatos terapéuticos y personalizados y plantillas para Miembros con enfermedad grave del pie diabético
- Medicamentos recetados para la diabetes, incluyendo insulina, plumas, agujas y jeringas de insulina, lancetas, tiras de control de glucosa en sangre, glucosa en orina y cetonas, y medicamentos orales para la diabetes

Algunos servicios requieren Autorización Previa.

Servicios de diagnóstico (análisis de laboratorio, radiografías, imagenología y otros exámenes de diagnóstico para Pacientes Externos)

Cubrimos análisis de laboratorio, imagenología radiológica y otros exámenes de diagnóstico para pacientes externos. Esto incluye pruebas y evaluaciones diagnósticas exigidas por la ley, como las siguientes: Examen hereditario y metabólico al nacer; examen del recién nacido para detectar Distrofia Muscular de Duchenne; pruebas de tuberculina; exámenes de plomo; hematocrito, hemoglobina u otras pruebas de sangre apropiadas, pruebas de antígeno leucocitario humano o de antígeno del locus de histocompatibilidad necesarias para establecer la idoneidad de un donante de trasplante de médula ósea, y análisis de orina.

Servicios de laboratorio

Cubrimos servicios de laboratorio solicitados por un Médico, Asistente Médico o Enfermera Registrada de Práctica Avanzada y realizados en un laboratorio con licencia. Ciertos análisis de laboratorio, como los exámenes genéticos, pueden requerir Autorización Previa.

Tome en cuenta que ciertos análisis de laboratorio cuentan como Atención Preventiva de rutina y están cubiertos sin Costo Compartido. Si un servicio de laboratorio no se factura de acuerdo con esta política, está sujeto al Costo Compartido.

Servicios de imagenología (Radiología)

Cubrimos servicios de imagenología, incluido las radiografías, las mamografías y los estudios por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) y tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés). Puede que se requiera una autorización previa. Esto incluye la mamografía digital con tomosíntesis y los estudios de detección necesarios mediante MRI de mama o ultrasonido de mama.

Otros exámenes de diagnóstico

Es posible que estén cubiertos otros exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas y pruebas de función pulmonar. Es posible que se requiera Autorización Previa.

Diálisis

Cubrimos servicios de diálisis.

Equipo médico duradero (DME)

El Equipo Médico Duradero (DME por sus siglas en inglés) es el equipo médico solicitado por un Proveedor para su uso en el hogar. Estos artículos deben ser reutilizables, como andadores, sillas de ruedas o camas de hospital. Proveemos cobertura para determinado DME, incluyendo el alquiler o la compra de equipo médico, algunas piezas de repuesto y reparaciones. Cierto DME requiere Autorización Previa. A continuación, se mencionan ejemplos de los beneficios de DME que cubrimos:

Prótesis auditivas

Para los Miembros de 21 años o menos, cubrimos prótesis auditivas, incluyendo una prótesis auditiva por cada oído con problemas de audición, hasta $2,000 por oído cada 36 meses. Esta cobertura incluye tanto el pago de Tufts Health Direct como el Costo Compartido del Miembro. Además, también están cubiertos los servicios relacionados como las evaluaciones de las prótesis auditivas, la adaptación y el ajuste de las prótesis auditivas, y los suministros como los moldes para las orejas.

Suministros médicos

Cubrimos suministros médicos desechables recetados para el tratamiento de condiciones médicas específicas. Los ejemplos de suministros médicos cubiertos incluyen suministros de ostomía, traqueostomía y catéter.

Órtesis

La cobertura incluye aparatos ortopédicos no dentales y otros dispositivos mecánicos o personalizados, excluyendo los dispositivos bucales. Para los Miembros con diabetes, las plantillas para zapatos están cubiertas sin Autorización Previa.

Servicios de equipo de oxígeno y de terapia respiratoria

Cubrimos equipo de oxígeno y de terapia respiratoria con Autorización Previa.

Dispositivos protésicos

Cubrimos el costo de prótesis mamarias y brazos y piernas protésicos, incluyendo el costo de las reparaciones. La cobertura incluye el modelo más adecuado que satisfaga debidamente las necesidades del Miembro. Se requiere Autorización Previa, excepto para las prótesis mamarias cuando se proveen en relación con una mastectomía.

Prótesis capilares o pelucas

Cubrimos las prótesis capilares hechas específicamente para una persona. Cubrimos pelucas cuando se necesitan para la pérdida de cabello sufrida como resultado del tratamiento de cualquier forma de cáncer o leucemia o de una determinada condición patológica como la alopecia areata, la alopecia totalis o la alopecia medicamentosa, o la pérdida permanente del cabello del cuero cabelludo debido a una lesión. Hay un límite de una peluca por Año del Plan. No se proveen beneficios para pelucas cuando la pérdida de cabello se debe a: calvicie de patrón masculino; calvicie de patrón femenino; o envejecimiento natural o prematuro.

Servicios de Intervención Temprana (EI por sus siglas en inglés)

Cubrimos servicios de Intervención Temprana. Un Proveedor certificado de EI debe proveer servicios de EI. Estos servicios deben ser parte de un programa de EI que cumpla con los estándares del Department of

Public Health. Este beneficio es solo para Miembros desde el nacimiento hasta los 3 (tres) años que cumplan con los criterios. No hay responsabilidad del Costo Compartido por estos servicios.

Reembolso de centro de acondicionamiento físico

Si eres miembro inscrito durante cuatro meses seguidos y asistes un centro de acondicionamiento físico en el Año del Plan, te cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía que pagues en ese Año del Plan. El reembolso no incluye las tarifas de iniciación.

Este reembolso no cubre ninguna cuota para los clubes campestres, los clubes de gimnasia, los centros de artes marciales, los clubes sociales, los estudios independientes de yoga o de pilates, los establecimientos exclusivamente para tenis o para piscinas, los entrenadores personales, las ligas o los equipos deportivos, o la compra de máquinas de ejercicio para uso personal o en casa.

Envíe un formulario de reembolso por correo postal con los recibos detallados adjuntos. Reembolsaremos una vez por Año del Plan las tarifas de membresía de un centro de acondicionamiento físico de nivel familiar o individual. El reembolso se pagará al Suscriptor del Plan familiar.

Llámenos al 888-257-1985 y le enviaremos un formulario de reembolso para que lo complete. También puede obtener el formulario en tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-fitness-reimbursement.

Servicios de afirmación de género

Cubrimos todos los servicios de afirmación de género que sean necesarios médicamente que incluyen cirugías de reconstrucción, depilación, cirugía de cuerdas vocales para la feminización de la voz y Terapia del Habla. Se requiere Autorización Previa.

Servicios de Habilitación y Rehabilitación: Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla

Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Cubrimos terapias para evaluación y tratamientos de restauración a corto plazo para ayudarlo a alcanzar su mayor nivel de independencia funcional. La atención se provee con prontitud, centrándose en lograr mejoras significativas, sostenidas y mensurables en su condición.

Se requiere Autorización Previa después de la evaluación inicial y de 11 visitas. Puede tener hasta 60 visitas combinadas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional por Miembro por Año del Plan. Tome en cuenta que estos límites no se aplican cuando los servicios se prestan para tratar trastornos del espectro autista.

Rehabilitación cardíaca

Cubrimos servicios especializados de Rehabilitación cardíaca.

Trastornos del habla, la audición y el lenguaje

Cubrimos el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del habla, la audición y el lenguaje. Los servicios deben ser provistos por un patólogo del habla y el lenguaje, un audiólogo o un terapeuta registrado y licenciado, como parte de un plan de tratamiento formal de la pérdida o deterioro del habla. Cubrimos estos servicios en Hospitales, clínicas o consultorios privados. Se requiere Autorización Previa después de 30 visitas.

Atención médica a domicilio

Cubrimos determinados servicios de atención médica a domicilio ofrecidos por una agencia de atención médica a domicilio. Para ser elegible para recibir servicios de atención médica a domicilio, su hogar no puede ser un Hospital o una institución de Rehabilitación o de Enfermería Especializada, y debe estar confinado en el hogar*.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Equipo Médico Duradero (DME)
- Atención de Enfermería Especializada de medio tiempo o intermitente
- Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla
- Servicios auxiliares de salud a domicilio de medio tiempo o intermitentes
- Servicios médicos/psiquiátricos de trabajo social
- Consultas nutricionales

*Para ser considerado como confinado en el hogar, no tiene que estar postrado en cama. Sin embargo, su estado debe dificultarle salir de su hogar sin un esfuerzo considerable. Si sale de su hogar, se le puede seguir considerando confinado en el hogar si las ausencias son poco frecuentes o cortas, o para recibir tratamiento médico. Este requisito de confinamiento en el hogar no se aplica a los cuidados paliativos.

Hospicio

Cubrimos el hospicio y los cuidados paliativos para los Miembros con Enfermedades Terminales que deciden no seguir tratamientos curativos. Se requiere Autorización Previa. Los servicios deben cumplir con los estándares establecidos por un Proveedor de hospicio certificado por Medicare regulado por el Department of Public Health de Massachusetts.

Cubrimos un paquete de servicios, que incluye suministros biológicos, asesoramiento, medicamentos, servicios de ama de casa/ayudantes de la salud en el hogar, servicios de atención institucional, servicios médicos y sociales, suministros médicos, enfermería, fisioterapia, terapia Ocupacional y terapia del habla-lenguaje, atención de Proveedores y servicios de atención para Pacientes Hospitalizados a corto plazo para relevo.

El límite de 100 Días de atención en un Centro de Enfermería Especializada y en un Hospital de Rehabilitación no se aplica a los servicios de hospicio.

Inmunizaciones y vacunas

Cubrimos inmunizaciones preventivas de rutina y Médicamente Necesarias. Hay más información disponible en la sección Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud. Algunas vacunas se cubren como parte de tu beneficio de farmacia y otras como beneficio médico.

Servicios y tratamientos de infertilidad

La infertilidad se define como la incapacidad de concebir o de producir una concepción con exposición al esperma durante un periodo de seis meses para los miembros mayores de 35 años de edad y un periodo de un año para los miembros de 35 años de edad o menos.

El Plan cubre los siguientes servicios de diagnóstico para la infertilidad:

- Consulta
- Evaluación
- Análisis de laboratorio
- Pruebas genéticas preimplantacionales (PGT por sus siglas en inglés) (Requieren Autorización Previa)

Cuando el Miembro cumple las Pautas de Necesidad Médica, el Plan cubre el siguiente tratamiento para la infertilidad:

- Inseminación artificial (AI por sus siglas en inglés) terapéutica, incluyendo la obtención y el almacenamiento de esperma relacionado
- Procedimientos de donación de óvulos, incluyendo la obtención, el procesamiento y el almacenamiento de óvulos relacionados y de óvulos inseminados
- Ovocitos de donante (DO por sus siglas en inglés/IVF)
- Transferencia de embriones de donante/embriones congelados (DO/FET)
- Transferencia de embriones congelados (FET por sus siglas en inglés)
- Incubación asistida
- Transferencia intratubárica de gametos (GIFT por sus siglas en inglés)
- Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI por sus siglas en inglés)
- Inseminación intrauterina (IUI por sus siglas en inglés)
- Fertilización in vitro y transferencia de embriones (IVF por sus siglas en inglés)
- Transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT por sus siglas en inglés)
- Aspiración microquirúrgica de espermatozoides del epidídimo (MESA por sus siglas en inglés)
- Extracción testicular de espermatozoides (TESE por sus siglas en inglés)
- La recolección, la congelación y el almacenamiento de esperma por hasta 24 meses también están cubiertos para los miembros varones, esto en asociación con la atención en curso para la infertilidad o cuando el miembro esté recibiendo un tratamiento médico que pudiera resultar en infertilidad
- La obtención, la crioconservación y el almacenamiento de óvulos, esperma, gametos, embriones u otros tejidos reproductivos

Nota: Usamos criterios clínicos basados en evidencia para evaluar si el uso de un tratamiento para la infertilidad es Médicamente Necesario. Los tratamientos para la infertilidad evolucionan y es posible que se desarrollen tratamientos nuevos. Si está planeando recibir un tratamiento para la infertilidad, le recomendamos que revise las MNG sobre los *Servicios de Tecnología de Reproducción Asistida* en línea en point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines.

Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos servicios médicos para Pacientes Hospitalizados las 24 horas prestados en un entorno Hospitalario con licencia, que incluyen alojamiento y comida, servicios de Proveedores profesionales, pruebas previas a la admisión, anestesia, servicios de diagnóstico, y medicamentos y suministros.

Cubrimos la leche humana de donante y los productos derivados de ella cuando un bebé cubierto menor de 6 meses recibe tratamiento como paciente hospitalizado por una condición congénita o adquirida, según lo exige la ley. Se requiere autorización previa.

Las admisiones de Pacientes Hospitalizados para procedimientos electivos pueden requerir Autorización Previa. Sin embargo, para los servicios de Emergencia, no se requiere Autorización Previa, y los servicios de Emergencia están disponibles Dentro o Fuera de la Red. Si es admitido desde una sala de Emergencias, comuníquese con nosotros dentro de las 48 horas posteriores a su admisión de Emergencia.

Cirugía para Pacientes Hospitalizados: Trasplante de órganos

Cubrimos trasplantes de órganos humanos, incluyendo los trasplantes de médula ósea. Se requiere Autorización Previa. Para calificar, los miembros deben cumplir con los criterios fijados por el Department of Public Health de Massachusetts. Los trasplantes deben ser procedimientos quirúrgicos no Experimentales. La cobertura incluye los costos de los donantes fallecidos y los donantes vivos si no están cubiertos por el seguro propio del donante. No cubrimos los costos de donante para miembros que donen órganos a personas o receptores que no sean miembros de Tufts Health Direct. Las búsquedas personales de órganos sólidos o donaciones de células madre fuera del banco de órganos tampoco están cubiertas.

Hospital de cuidados agudos a largo plazo u hospital de rehabilitación aguda

Cubrimos servicios de rehabilitación hospitalaria hasta un máximo de 60 días por miembro cada año del Plan. Se requiere autorización previa

Servicios Prenatales y Atención al Recién Nacido Sano

Paciente Hospitalizada

Cubrimos servicios Hospitalarios y de parto para la madre en un centro Dentro de la Red. El parto en el hogar no está cubierto. Se cubre la hospitalización de la madre durante al menos 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea. Las decisiones de reducir la estadía las toman los obstetras, pediatras o enfermeras parteras certificadas tratantes, junto con la madre.

Los cargos de rutina de la guardería y la atención de un recién nacido sano están cubiertos, incluyendo la atención pediátrica, la circuncisión de rutina realizada por un Proveedor y las pruebas de detección auditiva en bebés menores de tres meses.

Cubrimos la educación, ayuda y capacitación para padres sobre lactancia o alimentación con biberón y la realización de todos los exámenes clínicos necesarios y adecuados. Estos Servicios Cubiertos estarán disponibles para una madre y el Hijo recién nacido independientemente de que les hayan dado o no el alta prematuramente (un alta Hospitalaria menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea).

La atención que era posible prever antes de salir del Área de Servicio no está cubierta. No hay cobertura fuera del Área de Servicio para parto o problemas con el embarazo después de la semana 36 o dentro de las 4 semanas previas a la fecha probable de parto; o si su Proveedor le comunicó que corre riesgo de parto prematuro. Esto incluye la atención posparto y la atención provista al Hijo recién nacido.

Paciente Externa

Cubrimos los servicios de maternidad para pacientes externas, incluidos los exámenes prenatales de rutina, las clases de lactancia y las bombas para los senos. Los servicios adicionales incluyen los siguientes:

- Atención posparto para pacientes externas, con evaluaciones de depresión posparto y depresión mayor en la madre durante las seis semanas después del parto.
- Servicios universales de visitas domiciliarias posparto, que incluyen al menos una visita en el hogar de la paciente u otra ubicación acordada, sin costo para la paciente, según lo exige la ley.

Para obtener más información sobre el beneficio de las clases de preparación para el parto, comuníquese con Servicios para Miembros.

Visitas de atención médica para Pacientes Externos

La atención médica incluye servicios para diagnosticar, tratar y cuidar la salud, como exámenes ginecológicos de rutina, estudios para detectar cáncer de mama y pruebas citológicas anuales. Cubrimos visitas en centros de salud comunitarios y en el consultorio de Proveedores de Tufts Health Direct para Atención Primaria o servicios de especialidad. Estos servicios son provistos por Proveedores dentro de la Red de Tufts Health Direct. Tome en cuenta que los servicios de Proveedores fuera de nuestra Red no están cubiertos y usted

será responsable del pago total. Para encontrar un Proveedor Dentro de la Red, comuníquese con Servicios para Miembros al 888-257-1985 o visite tuftshealthplan.com/memberlogin.

Medicamentos de beneficios médicos

Los médicos prescriben los medicamentos de beneficios médicos para tratar una condición médica, de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias. Cubrimos los medicamentos y productos biológicos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) que son administrados por un profesional, junto con los servicios asociados, durante la atención para pacientes externas o en el hogar. Puede que se requiera una autorización previa.

Fórmulas médicas

Cubrimos las fórmulas médicas y los alimentos bajos en proteínas para tratar determinadas condiciones, que puedan requerir Autorización Previa incluyendo:

- Fórmulas médicas especiales aprobadas por el Department of Public Health de Massachusetts y Médicamente Necesarias para tratar condiciones como homocistinuria, enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce, fenilcetonuria, acidemia propiónica, acidemia metilmalónica o tirosinemia.
- Fórmulas enterales necesarias para uso domiciliario y Médicamente Necesarias para tratar la malabsorción causada por condiciones como la enfermedad de Crohn, la seudoobstrucción intestinal crónica, el reflujo gastroesofágico, los problemas de motilidad gastrointestinal, la colitis ulcerosa o los trastornos hereditarios de aminoácidos y ácidos orgánicos.
- Productos alimenticios bajos en proteínas, médicamente necesarios, para tratar trastornos hereditarios de aminoácidos y ácidos orgánicos (disponibles para tu compra directamente a través de un distribuidor), según lo exige la ley de Massachusetts.

Asesoramiento nutricional

Cubrimos el asesoramiento nutricional, que puede requerir Autorización Previa. Esto incluye diagnóstico, servicios terapéuticos y de asesoramiento provistos por un dietista o nutricionista profesional registrado para el control de enfermedades. El asesoramiento nutricional incluye una evaluación inicial del estado nutricional seguido por visitas planificadas de intervenciones nutricionales para tratar enfermedades médicas.

Cirugía para Pacientes Externos

Cubrimos los procedimientos quirúrgicos y los servicios de anestesia relacionados que se realicen en un centro de cirugía para Pacientes Externos, en el quirófano de un Hospital o en el consultorio de un Proveedor. Algunos procedimientos pueden requerir Autorización Previa.

Cirugía para Pacientes Hospitalizados: Procedimientos reconstructivos, mastectomías y cirugías para tratamiento de deformidades o discapacidades funcionales

Se provee cobertura para servicios necesarios para aliviar el dolor o restablecer las funciones corporales deterioradas debido a defectos congénitos, anomalías de nacimiento, lesiones traumáticas o procedimientos quirúrgicos cubiertos. Esto incluye el tratamiento del labio leporino o paladar hendido para menores de 18 años, según lo exige la ley de Massachusetts.

Para una mastectomía, la cobertura incluye la reconstrucción de la mama afectada, la cirugía de la otra mama para crear simetría, las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas (incluido el linfedema) en todas las etapas de la mastectomía.

La extracción de implantes mamarios está cubierta en condiciones específicas, como la colocación posterior a una mastectomía, la rotura documentada de un implante de silicona o la evidencia de enfermedad autoinmune o infección.

Nota: La cirugía cosmética no está cubierta, excepto los servicios de afirmación de género que sean necesarios médicamente.

Control del dolor

En cumplimiento de la ley de Massachusetts, cubrimos servicios y medicamentos para el control del dolor como alternativas a los opioides.

Los servicios incluyen, entre otros:

- Asesoramiento nutricional
- Fisioterapia
- Manipulación de columna y medicina quiropráctica

Los medicamentos incluyen, entre otros:

- Inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (Cox-2), como celecoxib
- Agentes antiinflamatorios no esteroideos, como ibuprofeno

No se requiere autorización previa para comenzar la atención.

Podología

Cubrimos servicios de podología no rutinarios provistos por un Podólogo licenciado. 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.

Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud

El Cuidado Preventivo de la Salud incluye exámenes de detección, chequeos y asesoramiento de rutina para prevenir enfermedades y otros problemas de salud. Cubrimos estos servicios sin ningún costo compartido según lo exige la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. A continuación, se indican algunos Servicios de Cuidado Preventivo de la Salud comunes. Para obtener más información, consulte la política de Servicios preventivos en el capítulo de Protección del paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio de nuestro Manual de proveedores en https://www.point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/.

Algunas vacunas se cubren como parte de tu beneficio de farmacia y otras como beneficio médico.

Nota: Es posible que algunos análisis o exámenes de laboratorio solicitados por un Proveedor durante una visita de rutina no califiquen como Servicios Preventivos y podrían estar sujetos al Costo Compartido. Cualquier atención de seguimiento que se considere Médicamente Necesaria después de un examen físico de rutina puede estar sujeta al Costo Compartido.

Para Niños

- Exámenes de detección de enfermedades hereditarias y metabólicas al nacer
- Inmunizaciones, análisis de sangre, análisis de orina y otros exámenes recomendados
- Examen auditivo del recién nacido antes del alta
- Atención a Hijos recién nacidos y Adoptivos con defectos congénitos o nacimiento prematuro
- Exámenes físicos regulares y evaluaciones del desarrollo en intervalos específicos
- Exámenes físicos anuales y exámenes de Salud mental para niños de 6 años en adelante, incluyendo exámenes de la vista y la audición

Para adultos

- Orientación nutricional y educación sobre salud para el tratamiento de condiciones médicas, de salud mental o trastornos por consumo de sustancias
- Exámenes médicos de rutina y análisis de laboratorio y radiografías relacionados (una vez por Año del Plan)
- Inmunizaciones preventivas recomendadas
- Exámenes y procedimientos preventivos de rutina (por ejemplo, colonoscopias de detección)

Para mujeres, incluyendo a las mujeres embarazadas

- Mamografías iniciales para mujeres de entre 35 y 40 años, y mamografías de detección anuales para mujeres de 40 años en adelante
- Análisis de laboratorio para cuidados prenatales de rutina
- Procedimientos voluntarios de esterilización
- Servicios de lactancia, bombas para los senos y suministros relacionados
- Asesoramiento y apoyo a la lactancia
- Anticonceptivos con o sin receta mencionados en nuestro Formulario
- Cuidado prenatal
- Exámenes ginecológicos de rutina, incluyendo las pruebas de Papanicolaou una vez por Año del Plan

Es posible que algunos análisis o exámenes de laboratorio solicitados por un Proveedor durante un examen Preventivo no califiquen como Servicios Preventivos. El examen de diagnóstico y examen de laboratorio adicionales pueden estar sujetos al Costo Compartido.

Servicios de planificación Familiar

Cubrimos Servicios de planificación Familiar, incluyendo:

- Orientación sobre anticonceptivos
- Exámenes de diagnóstico
- Consultas médicas
- Exámenes de embarazo
- Anticonceptivos con y sin receta aprobados por la FDA
- Exámenes médicos de rutina

Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar

Cubrimos Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar/el Tabaco, incluyendo asesoramiento individual, grupal y telefónico según las pautas actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Tufts Health Direct también cubre agentes recetados y agentes genéricos de venta libre para dejar de fumar cuando se los recete su PCP.

Centro de Enfermería Especializada

Cubrimos la atención diaria de enfermería especializada en un entorno para pacientes hospitalizados por un máximo de 100 Días por Miembro por Año del Plan en un Centro de Enfermería Especializada. Se requiere Autorización Previa.

Telehealth

Cubrimos los Servicios Cubiertos que son apropiados para proveerse por teléfono, video u otro tipo de tecnología. Los ejemplos comunes incluyen, entre otros, ver a su PCP o Proveedor de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias a través de un portal de video coordinado por el Proveedor.

Atención de la vista

Ofrecemos cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses. Para obtener cobertura para estos servicios, debe visitar a un Proveedor de la Red EyeMed Vision Care Select. Puede encontrar Proveedores de EyeMed Select llamando a EyeMed al 866-504-5908 o visitando eyedoclocator.eyemedvisioncare.com/tuftsac/en/.

Además, los anteojos están cubiertos para los Miembros menores de 19 años de edad. Para obtener información más detallada sobre la cobertura de la vista, consulte su Lista de Beneficios en el Anexo B.

Nota: “Menores de 19 años de edad” se refiere al último Día del mes en que un Miembro cumple los 19 años.

Reembolso de programas para bajar de peso

Puede solicitar un reembolso de tres meses de cuotas de membresía de un programa calificado para bajar de peso.

Un programa calificado para bajar de peso es aquel que se realiza o no en un Hospital y se centra en la pérdida de peso mediante la modificación de hábitos. El programa requiere la participación en asesoramiento conductual y estilo de vida con profesionales de la salud certificados, como nutricionistas, dietistas registrados o fisiólogos del ejercicio. Las sesiones de asesoramiento se pueden realizar en persona, por teléfono o en línea.

No cubrimos sesiones individuales de asesoramiento nutricional, tarifas iniciales únicas, comidas empaquetadas, libros, videos, básculas u otros artículos o suministros relacionados con la pérdida de peso.

Para ser elegible para un reembolso, debe ser Miembro de Tufts Health Direct durante tres meses y participar activamente 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.

Para solicitar un formulario de reembolso, llámenos al 888-257-1985. O visite tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-weight-loss-reimbursement.

Servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias cubiertos

Algunos servicios pueden requerir Autorización Previa. Los Servicios intermedios y para Pacientes Hospitalizados requieren notificación y realizaremos una revisión de UM concurrente. Consulte la página 16 para obtener más detalles. No se requiere Autorización Previa para:

- Servicios de Emergencia
- Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para Pacientes Hospitalizados
- Programa de Hospitalización Parcial

- Terapia de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para Pacientes Externos
- Servicios para Pacientes Externos con trastorno por consumo de sustancias

Para más información, consulta los beneficios de “tratamiento de trastornos del espectro autista” y “servicios de afirmación de género”. Para obtener más información sobre los servicios disponibles conforme a este beneficio, llame al Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede revisar las Pautas de Necesidad Médica en nuestro sitio web point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines.

Servicios de Salud Conductual para Pacientes Externos

Cubrimos los servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias con Profesionales de Salud Mental Licenciados. Estos servicios se pueden proveer en persona o a través de Telehealth en:

- Un Hospital con licencia
- Una clínica de salud mental o para tratar el consumo de sustancias con licencia otorgada por el Department of Public Health de Massachusetts
- Un centro comunitario de salud mental público
- Un Centro Comunitario de Salud Conductual (CBHC)
- Un consultorio de un Profesional de Salud Mental Licenciado
- Servicios en el hogar prestados por profesionales licenciados que actúan dentro del ámbito de su licencia

Los servicios biológicos y no biológicos para Pacientes Externos se proveen sin límites anuales, de por vida o de visita/unidad/Día.

Los servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para Pacientes Externos incluyen:

- Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado o por un PCP durante un examen físico de rutina
- Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) para tratar el autismo y el síndrome de Down.
- Servicios en Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC)
- Orientación comunitaria en caso de crisis
- Evaluación de diagnóstico
- Terapia electroconvulsiva
- Consultas de caso y familia
- Orientación individual, grupal y familiar
- Servicios de administración de medicamentos
- Servicios de tratamiento con narcóticos
- Evaluación neuropsicológica y exámenes psicológicos
- Atención psiquiátrica colaborativa proporcionada por un equipo de atención primaria bajo la supervisión de un médico tratante u otro profesional de cuidado de la salud calificado

- Entrenadores de recuperación y especialistas pares si forman parte de un programa de tratamiento de Salud Conductual con licencia
- Estimulación Magnética Transcraneal (TMS por sus siglas en inglés)

Servicios Intermedios de Salud Conductual

Cubrimos servicios Intermedios para trastornos de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias según lo define la ley de Massachusetts. Estos servicios son más intensivos que los servicios para Pacientes Externos, pero menos intensivos que los Servicios para Pacientes Hospitalizados. Los ejemplos incluyen:

- Tratamiento residencial agudo
- Servicios de desintoxicación controlada clínicamente
- Estabilización de Crisis Comunitaria (CCS por sus siglas en inglés)
- Intervención Móvil en Caso de Crisis para Adultos y Jóvenes (AMCI y YMCI por sus siglas en inglés)
- Programas de tratamiento por Día
- Programas de Hospitalización Parcial
- Programas Intensivos para Pacientes Externos
- Servicios comunitarios de desintoxicación de nivel 3

Servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos servicios de intervención clínica las 24 horas para diagnósticos de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias prestados en:

- Un centro que esté bajo la dirección y la supervisión del Department of Mental Health
- Un Hospital con licencia
- Un Hospital privado de salud mental con licencia del Department of Mental Health
- Un centro para tratar el consumo de sustancias con licencia del Department of Public Health de Massachusetts

Los Servicios biológicos y no biológicos para Pacientes Hospitalizados se proveen sin discriminación.

Servicios intermedios y para Pacientes Hospitalizados para trastornos de Salud Conductual en Niños-Adolescentes

Además de los servicios mencionados anteriormente, se ofrecen servicios adicionales a los Niños y adolescentes hasta los 19 años, y a sus padres/cuidadores cuando sean Médicamente Necesarios.

Tratamiento agudo basado en la comunidad (CBAT por sus siglas en inglés)

Los servicios de CBAT se proveen en un entorno seguro para el personal las 24 horas del día. El personal clínico garantiza la seguridad del Niño o adolescente y provee servicios terapéuticos intensivos. Estos servicios pueden usarse como una alternativa a los Servicios para Pacientes Hospitalizados o como una transición de estos.

Tratamiento intensivo agudo basado en la comunidad (ICBAT por sus siglas en inglés)

Los servicios de ICBAT son los mismos que los de CBAT, pero con mayor frecuencia y personal más intensivo. Los programas de ICBAT pueden tratar Miembros con presentaciones clínicas similares a los servicios de Salud Conductual para Pacientes Hospitalizados, pero que son capaces de proporcionar atención en forma segura y en un entorno libre. El ICBAT no se usa como una colocación en un nivel inferior después del alta de un entorno de encierro las 24 horas.

Intervención Móvil en caso de crisis para Jóvenes (YMCI)

La YMCI es un servicio de respuesta terapéutica in situ, en persona, de manera móvil y a corto plazo que está disponible 24 horas al Día, 7 Días a la semana para un Niño que atraviesa una crisis de Salud Conductual.

Servicios conductuales a domicilio

Los servicios proveen una combinación de terapia de control conductual y monitoreo del control conductual. La terapia de control conductual puede incluir orientación y ayuda a corto plazo. Los servicios se proveen en el lugar de residencia del Niño.*

Servicios de terapia a domicilio

Los servicios proveen intervención clínica terapéutica o capacitación continua, así como apoyo terapéutico. Los servicios se proveen en el lugar de residencia del Niño.*

Coordinación de cuidados intensivos (ICC por sus siglas en inglés)

La ICC ofrece servicios de administración de casos dirigidos a Niños y adolescentes con trastornos emocionales graves, incluyendo las condiciones concurrentes. Los servicios de ICC trabajan para satisfacer las necesidades médicas, de Salud Conductual y psicosociales del Miembro y su familia. La ICC se proporciona en un consultorio, en el hogar o en otro entorno.

Apoyo y capacitación familiar

Servicios provistos a un padre u otro cuidador de un Niño para mejorar su capacidad para trabajar con las necesidades emocionales o conductuales del Niño. Los servicios se proveen en el lugar de residencia del Niño.*

Servicios de asesoramiento terapéutico

Servicios provistos para apoyar el funcionamiento social apropiado para la edad de un Niño. Los servicios se proveen en el lugar de residencia del Niño.*

*Nota: Esto incluye el hogar del Niño, un hogar de acogida, un hogar de acogida terapéutico u otro entorno comunitario.

Servicios para el trastorno del espectro autista (ASD por sus siglas en inglés)

Cubrimos el diagnóstico y tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. Esto incluye:

- Valoraciones, evaluaciones, pruebas genéticas u otras pruebas para diagnosticar si una persona padece uno de los trastornos del espectro Autista.
- Servicios profesionales provistos por Proveedores de la Red
- Servicios de Rehabilitación y Habilitación, incluyendo, entre otros, el análisis aplicado del comportamiento
- Cobertura de medicamentos recetados

No hay cobertura para los servicios relacionados con los trastornos del espectro autista provistos bajo un programa educativo individualizado (IEP por sus siglas en inglés) o que se llevan a cabo en un entorno escolar.

Servicios de Salud Conductual adicionales

Cubrimos servicios Médicamente Necesarios para Pacientes Externos, Intermedios y para Pacientes Hospitalizados de Salud Conductual para diagnosticar y tratar trastornos mentales. Estos incluyen:

- Servicios de Análisis Conductual Aplicado (ABA, por sus siglas en inglés) para tratar el autismo y el síndrome de Down.
- Trastornos mentales biológicos

- Trastornos mentales o emocionales relacionados con la violación
- Todos los otros trastornos mentales no biológicos

Además de la cobertura ya mencionada, el Plan cubre el tratamiento de todas las demás condiciones incluidas en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés). Los servicios para todas las demás condiciones no mencionadas anteriormente se cubrirán en la medida en que sean médicamente necesarios. Para más información, consulta los beneficios de “tratamiento de trastornos del espectro autista” y “servicios de afirmación de género”.

Ley de paridad en la salud mental

Cumplimos con las leyes federales y de Massachusetts sobre paridad en la salud mental. Esto significa que los Copagos, Coaseguro, Deducibles y/o límites de unidades de servicio no son mayores para los servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias que los requeridos para los servicios médicos o quirúrgicos.

Medicamentos y suministros recetados

Programa de farmacia

Buscamos proveer opciones de alta calidad y económicas para terapias con medicamentos. Trabajamos con sus Proveedores y farmacéuticos para asegurarnos de que cubrimos los medicamentos más importantes y útiles para una variedad de condiciones y enfermedades. Para surtir una receta, asegúrese de que la receta la escriba un Proveedor Dentro de la Red, excepto en casos de atención de Emergencia.

Nuestro programa de farmacia no cubre todos los medicamentos y recetas. Algunos medicamentos o productos deben cumplir con ciertas Pautas de Necesidad Médica antes de que podamos cubrirlos. Su Proveedor debe solicitarnos la Autorización Previa antes de que podamos cubrir estos medicamentos.

Si desea obtener más información sobre nuestro programa de farmacia, visite tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy o llámenos al 888-257-1985.

Programa de medicamentos que requieren Autorización Previa

Restringimos la cobertura de ciertos medicamentos que tienen una indicación de uso limitado, que pueden plantear problemas de seguridad y/o que son muy costosos. Requerimos Autorización Previa para dichos medicamentos. Nuestro Formulario indica si un medicamento requiere Autorización Previa.

Si no aprobamos la solicitud de Autorización Previa, usted o su Representante Designado pueden apelar la decisión. Para obtener más información, consulte la sección “Cómo resolver inquietudes” que comienza en la página 56.

Formulario

Usamos un Formulario, también conocido como Lista de Medicamentos Preferidos, como nuestra lista de medicamentos cubiertos. El Formulario se aplica solo a medicamentos que puede adquirir en farmacias minoristas, de pedido por correo y de especialidad. El Formulario no se aplica a los medicamentos que recibe si está en el Hospital. Para obtener la información más actualizada sobre el Formulario, visite tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy o llámenos al 888-257-1985.

Programa de terapia escalonada

La terapia escalonada es un tipo de programa de Autorización Previa que usa un enfoque gradual. Requiere primero el uso de los agentes terapéuticamente más apropiados y rentables antes de que se puedan cubrir otros medicamentos. Los Miembros deben primero probar uno o más medicamentos en un escalón inferior para tratar cierta condición médica antes de que cubramos un medicamento en un escalón superior para dicha condición. Si la recomendación de su Proveedor es que los medicamentos de escalones más bajos no son los indicados para su condición de salud, y que los de escalones más altos son Médicamente Necesarios, entonces su Proveedor puede presentar una solicitud de aprobación. Si no la aprobamos, usted o su Representante Designado pueden apelar la decisión.

Cantidad límite

Para asegurarnos de que los medicamentos que usted toma son seguros y de que está recibiendo la cantidad correcta, podemos limitar la cantidad que puede recibir de una vez. Su Proveedor puede pedir nuestra aprobación si usted necesita más que la cantidad que cubrimos. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud. Cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras Pautas de Necesidad Médica si hay una razón médica por la que necesita esta cantidad.

Si surte una cantidad inferior a la recetada de una sustancia opioide controlada de Categoría II y luego decide surtir el resto de la receta original en la misma farmacia dentro de los 30 Días desde la fecha original de la receta, no se aplicarán Copagos ni otros Costos Compartidos adicionales.

Sincronización de los medicamentos (Med Sync)

Este programa permite y aplica una tarifa diaria prorrateada de Costo Compartido para cubrir los medicamentos recetados de mantenimiento que:

- Son dispensados por una farmacia de la Red de Tufts Health Plan
- Se dispensan en una cantidad menor a la necesaria para treinta (30) Días
- Se usan para el manejo o tratamiento de una condición crónica a largo plazo

Limitación: La sincronización de medicamentos se limita a una por Año del Plan por medicamento recetado de mantenimiento.

Medicamentos recetados excluidos: Los medicamentos recetados excluidos de este programa incluyen, entre otros, sustancias controladas, medicamentos para el dolor y antibióticos.

Programa de farmacia de especialidad

Hemos designado farmacias de especialidad que se especializan en proveer medicamentos que se usan para tratar ciertas condiciones y que cuentan con médicos para apoyar los servicios para Miembros. Algunos medicamentos se deben adquirir en una farmacia de especialidad. Se pueden agregar medicamentos a este programa de vez en cuando. Las farmacias de especialidad designadas pueden surtir un suministro de medicamentos para 30 Días como máximo por vez, y el suministro se envía directamente por correo postal a la casa del Miembro. Esto NO forma parte del beneficio de farmacia de pedido por correo. No se aplican suministros por más Días ni ahorros de Copago a estos medicamentos de especialidad designados a menos que se especifique en el formulario. Es posible que se requiera dispensar algunos medicamentos para un suministro de 60 Días. En estas circunstancias, los Miembros tienen la opción de rechazar el suministro de 60 Días y obtener un suministro de 30 Días del medicamento comunicándose con Servicios para Miembros al número que figura en su tarjeta de identificación de Miembro. Para saber si su medicamento debe obtenerse en una farmacia de especialidad, visite tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy.

Medicamentos de distribución limitada

Los medicamentos de distribución limitada tratan condiciones complejas y solo están disponibles en determinadas farmacias. Algunos medicamentos de distribución limitada se limitarán a un suministro de 30 Días. La Lista de Medicamentos Recetados indicará cuándo un medicamento de distribución limitada está limitado a un suministro de 30 Días.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos y actúan igual que los medicamentos de marca. Cuando hay medicamentos genéricos disponibles, es posible que no cubramos el medicamento de marca sin una aprobación. Si usted y su Proveedor consideran que un medicamento genérico no es lo mejor para su condición de salud y que el medicamento de marca es Médicamente Necesario, su Proveedor puede solicitar una Autorización Previa. Uno de nuestros médicos revisará la solicitud.

Beneficio de 90 Días de medicamentos recetados en una farmacia

Puede comprar un suministro de hasta 90 Días de medicamentos de mantenimiento en una farmacia participante. Aunque la mayoría de los medicamentos de mantenimiento están disponibles para un suministro de 90 Días, podemos limitar los medicamentos por razones clínicas o para evitar el desperdicio potencial. Además, los medicamentos incluidos en el Programa de Farmacia de Especialidad, mencionado anteriormente, no están disponibles para un suministro de 90 Días.

Medicamentos nuevos en el mercado

Revisamos la seguridad y eficacia de los medicamentos nuevos antes de agregarlos a nuestro Formulario. Un Proveedor que considere que un medicamento nuevo en el mercado es Médicamente Necesario para usted antes de que lo revisemos, puede presentar una solicitud de aprobación. Uno de nuestros médicos revisará esta solicitud. Si aprobamos la solicitud, cubriremos el medicamento de acuerdo con nuestras Pautas de Necesidad Médica. Si no la aprobamos, usted o su Representante Designado pueden apelar la decisión.

Programas de Asistencia para Medicamentos de Fabricantes

Puede ser elegible para participar en nuestro programa de tarjeta de copago de medicamentos recetados que está diseñado para ayudarle a administrar sus recetas y ahorrar costos. Las tarjetas de copago ofrecen asistencia financiera para ayudar a pagar ciertos medicamentos de alto costo. Al participar en este programa, puede acceder a los beneficios de las tarjetas de copago provistas por el fabricante de medicamentos para reducir ciertos costos de desembolso, como copagos y coaseguro. Al usar una tarjeta de copago, pagará el menor entre un precio con descuento o su copago o coaseguro. Si bien estas tarjetas de copago proveen asistencia financiera, el valor en dólares que cubren no contribuirá a su deducible o desembolso máximo. Los medicamentos en esta lista están sujetos a cambios y la inclusión en esta lista no garantiza la cobertura ni la elegibilidad conforme al programa.

Medicamentos y suministros recetados cubiertos

Además de los medicamentos y suministros recetados cubiertos que se indican en el Formulario, podemos cubrir lo siguiente:

- Uso no indicado en la etiqueta de medicamentos recetados aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) para el tratamiento de cáncer o VIH/SIDA que no ha sido aprobado por la FDA para dicha indicación. También cubrimos los servicios Médicamente Necesarios asociados con la administración de estos medicamentos. Estos medicamentos deben estar reconocidos para dicho tratamiento en uno de los compendios estándar de referencia, en la bibliografía médica o por el Comisionado de Seguros de Massachusetts

- Terapias con medicamentos orales e inyectables usadas en el tratamiento de servicios para la infertilidad cubiertos solo cuando ha recibido aprobación para el tratamiento de la infertilidad cubierto (consulte la sección “Servicios para la infertilidad” que comienza en la página 32.)

- Medicamentos compuestos: (1) Si el Miembro es menor de 18 años, (2) los ingredientes activos se enumeran en la Lista de Medicamentos Recetados y cuestan $500 o menos y (3) uno o más agentes dentro del compuesto están aprobados por la FDA y requieren una receta. Los medicamentos compuestos están cubiertos para los Miembros mayores de 18 años cuando se determina que son Médicamente Necesarios. Es posible que no se cubran los kits de compuestos que no están aprobados por la FDA e incluyen ingredientes recetados que ya están disponibles. Para confirmar si el medicamento o el kit específico está cubierto por este Plan, llámenos al 888-257-1985.

Lo siguiente se incluye en el Formulario:

- Terapia de reemplazo hormonal (HRT por sus siglas en inglés) para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas
- Jeringas o agujas hipodérmicas cuando sean Médicamente Necesarias
- Al menos un medicamento genérico y un medicamento de marca comercial que se utilicen para tratar cada uno de los siguientes padecimientos crónicos: (i) diabetes; (ii) asma; (iii) hipertensión; y (iv) enfermedad isquémica crónica del corazón. El medicamento genérico está cubierto sin costo compartido, y el medicamento de marca comercial no puede tener un costo compartido de más de $25.00. Nota: la insulina es el medicamento que se usa para tratar la diabetes.

De conformidad con la ley de Massachusetts, los medicamentos opioides incluidos en las listas de sustancias controladas de Categoría II o Categoría III se dispensarán en menores cantidades de las recetadas si el Miembro lo solicita. Si el Miembro solicita una menor cantidad, no se le cobrará ningún costo adicional ni se le impondrá ninguna sanción. Si el Miembro se surte de una cantidad menor a la recetada de una sustancia opioide controlada de Categoría II y luego decide surtir el resto de la receta original en la misma farmacia dentro de los 30 Días desde la fecha original de la receta, no se aplicarán Copagos ni otros Costos Compartidos adicionales. Para ver una lista de estos medicamentos, consulte el Anexo C, “Medicamentos Opioides de Categoría II y III”.

Medicamentos que no están en el Formulario

Hay miles de medicamentos enumerados en la lista de medicamentos cubiertos de Tufts Health Plan. De hecho, la mayoría de medicamentos están cubiertos. Sin embargo, hay medicamentos específicos que Tufts Health Plan no incluye en el Formulario. En muchos casos, estos medicamentos no están en el Formulario de Tufts Health Plan porque existen alternativas seguras, comparativamente eficaces y rentables disponibles. Nuestra meta es mantener los beneficios de farmacia tan asequibles como sea posible. Si su médico considera que se necesita uno de los medicamentos que no están en el Formulario, su médico puede presentar una solicitud de cobertura bajo el Proceso de Excepción del Formulario.

Nota: El medicamento aprobado a través del Proceso de Excepción del Formulario puede estar sujeto al Monto de Costo Compartido más elevado.

Exclusiones

No cubrimos ciertos medicamentos ni medicamentos recetados. Consulte la lista de *Servicios no cubiertos* en la página 49 para obtener más detalles.

Solicitudes de excepción

Se puede presentar una solicitud de excepción para los siguientes programas de farmacia: Autorización Previa, Autorización Previa para Terapia Escalonada, Límites de Cantidades, medicamentos Nuevos en el Mercado o medicamentos que no están en el Formulario.

Las solicitudes de excepción se revisan caso por caso. Se le pedirá a su Proveedor que provea motivos médicos y cualquier otra información importante sobre por qué necesita una excepción.

Actuaremos sobre las solicitudes de excepción de acuerdo con los plazos que se indican a continuación:

- Medicamentos que no están sujetos a la terapia escalonada: En un plazo de 48 horas a partir de la recepción de la declaración del Proveedor que emite la receta sobre los motivos por los que una excepción es Médicamente Necesaria
    - De conformidad con la ley estatal, cuando a un nuevo miembro de Tufts Health Direct ya se le recetó un medicamento para tratar un padecimiento crónico del corazón, diabetes (insulina) o asma, y se encuentra estable con dicho medicamento, Tufts Health Plan proporcionará la continuidad de la cobertura. Cubriremos un surtido de 30 días de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) y no aplicaremos

ningún costo compartido del miembro que sea mayor del que se aplicaría a otros medicamentos cubiertos por el plan.

- Medicamentos de terapia escalonada: En un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la recepción de toda la información Necesaria para determinar la necesidad médica
    - De conformidad con la ley estatal, cuando a un Miembro de Tufts Health Direct ya se le ha recetado y se encuentra estable con un medicamento sujeto a los requisitos de la terapia escalonada, Tufts Health Plan permitirá por una única vez un surtido de transición para un suministro de hasta 30 Días del medicamento solicitado mientras se revisa la solicitud de excepción de terapia escalonada. Comuníquese con Servicios para Miembros de Tufts Health Direct al 888-257-1985 para solicitar el surtido de transición por una única vez.
- Solicitudes de excepción aceleradas: En un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la solicitud acelerada

Les informaremos nuestra decisión a usted y a su Proveedor. Tome en cuenta lo siguiente:

- Si se aprueba la solicitud de un Medicamento que No está en el Formulario, dicho medicamento estará cubierto al Nivel más alto (por ejemplo, Nivel 3 en un Formulario de Nivel 3)
- Si se aprueba la solicitud de cobertura de un medicamento del Formulario que está restringido bajo otro programa de gestión de farmacia, dicho medicamento estará cubierto con el Monto de Costo Compartido de Nivel aplicable al nivel vigente de ese medicamento en el Formulario
- Si se niega la solicitud, usted y su Proveedor tienen derecho a apelar

Puede presentar su Apelación en una de las siguientes maneras:

- Por teléfono, llame a un Representante de Servicios para Miembros
- Por fax, envíenosla al 617-972-9509
- Por correo postal, envíe su Apelación por escrito a:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances Department
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021

Consulte “Cómo resolver inquietudes” para obtener información sobre Apelaciones de Miembros, incluyendo las Apelaciones Expeditas.

Tal vez tenga preguntas sobre su Beneficio de Medicamentos Recetados. Tal vez quiera saber en qué Nivel se encuentra un medicamento en particular. Puede que quiera saber si su medicamento es parte de un Programa de Gestión de Farmacia. Para estos asuntos, visite tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy o llámenos al 888-257-1985.

El sitio web de Tufts Health Plan tiene una lista de medicamentos cubiertos con sus Niveles. El Formulario se actualiza regularmente, así que revise el sitio web para ver la información más actualizada.

Nota importante: Puede que haya circunstancias limitadas en las que cambiemos el Nivel de un medicamento; esto puede suceder en cualquier momento del año. Por ejemplo, es posible que la patente de un medicamento de marca expire. En este caso, puede que cambiemos el estado del medicamento (a) pasando al medicamento de marca del Nivel 2 al Nivel 3 o (b) dejando de cubrir el medicamento de marca cuando quede a disposición una alternativa genérica. En tales casos, pondremos el genérico a disposición en el mismo Nivel (por ejemplo, el Nivel 2) o en un Nivel inferior (por ejemplo, el Nivel 1).

Si recibe una factura por un Servicio Cubierto

Algunos de los servicios que recibe de Proveedores Fuera de la Red podrían ser reembolsables. Algunos ejemplos incluyen:

- Traslado en ambulancia de Emergencia
- Especialistas en salas de Emergencia
- Radiólogos, patólogos y anestesistas que trabajen en Hospitales Dentro de la Red

Usted no es responsable de pagar más que el monto de su Costo Compartido Dentro de la Red por los Servicios Cubiertos. Antes de pagar la factura, comuníquese con Servicios para Miembros al 888-257-1985.

Si paga la factura, envíenos la siguiente información:

- un Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros completado y firmado. Haga clic en el siguiente enlace o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener el formulario
- los documentos enumerados en el Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros que se requieren para la constancia de prestación de servicio y pago
- Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros: tuftshealthplan.com/documents/members/forms/thpp-member-reimbursement

La dirección del Departamento de Reclamaciones de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros se encuentra en el Formulario de Reclamación de Reembolso de Gastos Médicos para Miembros.

Debe comunicarse con nosotros o enviarnos su(s) factura(s) médica(s) dentro del año a partir de la fecha del servicio. Si no lo hace, la factura no puede considerarse para el pago.

La mayoría de las solicitudes de reembolso completadas se procesan en un plazo de 30 Días. Las solicitudes incompletas y las solicitudes de servicios prestados fuera de los Estados Unidos pueden tomar más tiempo.

Los reembolsos se envían al Suscriptor a la dirección que tenemos registrada.

Las solicitudes de reembolso por medicamentos deben presentarse directamente con OptumRx dentro del plazo de un año a partir de la fecha del servicio. Encontrará el formulario de solicitud en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy

Nota: envía las solicitudes de reembolso por servicios de visión cubiertos a EyeMed. Llama a servicios para miembros al 888-257-1985 para obtener asistencia con lo siguiente:

Servicios no cubiertos

Los servicios, suministros o medicamentos que no cubrimos incluyen, entre otros, los siguientes:

Categoría	Lista de servicios excluidos
Normas generales	• Cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea un Servicio Cubierto. • Servicios para los cuales no otorgamos la Autorización Previa requerida • Servicios de proveedores fuera de la red, salvo que te otorguemos autorización previa (excepto los servicios de emergencia y urgencias, que nunca requieren autorización previa) • Un servicio o suministro que no esté cubierto por o bajo la dirección de un Proveedor de Tufts Health Direct, excepto por servicios de Emergencia • Cualquier servicio, suministro o medicamento que no sea Médicamente Necesario • Medicamentos, dispositivos, tratamientos y procedimientos que no han demostrado ser médicamente eficaces • Atención de rutina, incluyendo el cuidado prenatal de rutina, cuando está fuera del Área de Servicio

Categoría	Lista de servicios excluidos
	• Servicios para los cuales no habría costo en ausencia de un seguro • El cobro de un Proveedor por envío y manipulación o copia de registros
Equipo médico duradero (DME)	*DME – normas generales de exclusión* • Equipo de higiene que no tiene un propósito médico primario • Equipo no médico que de otro modo estaría disponible para Miembros y que no tiene un propósito médico primario • Reemplazo de Equipo Médico Duradero o prótesis debido a pérdida, daño intencional o negligencia • Equipo de “apoyo” *DME – exclusiones de modificaciones en el hogar* • Instalación de accesorios en inmuebles: Los ejemplos incluyen elevadores de instalación en el techo, ascensores, rampas, elevadores de escalera o subeescaleras • Ascensores, rampas y modificaciones en el hogar • Accesorios de ayuda para el baño y el inodoro, incluyendo, entre otros, asientos/bancos/taburetes para la tina, elevadores de asiento de inodoro, retretes y barandas *DME – exclusiones de comodidad personal* • Artículos de comodidad personal, como acondicionadores de aire, purificadores de aire, elevadores para sillas, deshumidificadores, radios, teléfonos y televisores • Dispositivos de comodidad o conveniencia • Acondicionadores de aire, deshumidificadores, filtros HEPA y otros filtros, y nebulizadores portátiles • Dispositivos de enfriamiento • Dispositivos de terapia con calor y frío, incluyendo entre otros, bolsas térmicas calientes, bolsas de hielo y bombas de agua con o sin vendajes de compresión • Almohadillas de calor o frío, fundas o dispositivos, bolsas de agua caliente y unidades de baño de parafina • Almohadillas de calor, bolsas de agua caliente y unidades de baño de parafina • Mantas con peso • Dispositivos de masaje, incluyendo Theragun • Equipo para ejercicios y saunas • Tinas de hidromasaje, jacuzzis y piscinas • Equipo de hidromasaje, usado para relajación/comodidad • Equipo sensorial, incluyendo máquinas de ruido y máquinas de luz *DME – exclusiones relacionadas con la cama* • Camas de tipo hospitalario de tamaño grande, queen y extragrande • Camas de tipo hospitalario que requieran instalación en un domicilio • Camas y colchones no hospitalarios • Colchones, excepto los que se usan en conjunto con una cama hospitalaria y son ordenados por un Proveedor. No están cubiertos los colchones estándares disponibles en el mercado que no se usen principalmente para tratar una enfermedad o lesión (por ejemplo, colchones Tempur-Pedic® y Posturepedic®), aunque se usen en conjunto con una cama hospitalaria • Artículos de telas especiales, fundas de colchones y almohadas, incluyendo versiones hipoalergénicas • Artículos relacionados con la cama, incluyendo bandejas para la cama, orinales, barandas, mesas para poner por encima de la cama y almohadones con forma de cuña • Elevadores de cama que no son principalmente para uso médico • Cojines, almohadillas y almohadas, excepto si son Médicamente Necesarios y otorgamos Autorización Previa *DME- otras exclusiones* • Cámaras Bluetooth • Asientos para automóviles • Modificaciones para automóviles/camionetas

Categoría	Lista de servicios excluidos
	• Ciertos dispositivos de uso personal (por ejemplo, relojes inteligentes, brazaletes, parches) para monitoreo fisiológico y seguimiento del estado físico (por ejemplo, Fitbit, Biostamp, relojes inteligentes Embrace, Smartwatch, Smartmonitor, Garmin Vivofit 4, Garmin Vivosmart 3, Samsung Galaxy Fit) • Dentaduras postizas • Tapones para los oídos • Sistemas de respuesta a Emergencia (por ejemplo, LifeAlert) • Órtesis y dispositivos de asistencia de exoesqueleto con alimentación externa • Prótesis auditivas para Miembros mayores de 21 años (consulte la Lista de Beneficios para obtener más información) • Tensiómetros para uso doméstico • Suministros para la incontinencia/Productos absorbentes • Estimuladores neuromusculares y suministros relacionados • Tacómetros de pulso • Equipo especial necesario para deportes o fines laborales • Furgonetas • Bandejas para sillas de ruedas
Medicamentos y suministros recetados	• Medicamentos no incluidos en el Formulario • Medicamentos que no están en el Formulario, excepto cuando se aprueben mediante el Proceso de Excepción del Formulario • Medicamentos que no son Médicamente Necesarios para Atención Preventiva o para el tratamiento de enfermedades, lesiones o embarazos • Medicamentos que exceden las limitaciones de cobertura impuestas por el Plan. (Pueden establecerse limitaciones sobre la cantidad de un medicamento cubierto; las condiciones médicas para las que se puede prescribir; y/o si se debe probar primero otro medicamento.) • Cualquier medicamento utilizado exclusivamente con fines cosméticos, excepto cuando sea parte de los servicios de afirmación de género médicamente necesarios. • Medicamentos Experimentales o en Investigación, que son aquellos que no se pueden comercializar legalmente sin la aprobación de la FDA y que dicha aprobación no se ha otorgado en el momento de su uso o uso propuesto o dicha aprobación ha sido retirada • Medicamentos recetados que no han sido aprobados por la FDA tanto por su seguridad como por su eficacia (Esto no incluye los usos no contemplados en la etiqueta de los medicamentos aprobados por la FDA cuando su uso se reconoce en la documentación de investigación establecida.) • Agentes de inmunización: Estos se pueden proveer según lo descrito anteriormente bajo el Cuidado Preventivo de la Salud en este capítulo. Es posible que haya otras vacunas accesibles en la farmacia, sin Costo Compartido y cubiertas por el beneficio médico • Artículos sin receta o suministros médicos distintos de los que se indican como cubiertos en la sección “Medicamentos cubiertos y farmacia” o que se indican como cubiertos en el Formulario. Los medicamentos empaquetados para uso institucional quedarán excluidos de la cobertura de beneficios de farmacia, a menos que se indique lo contrario en el Formulario • Medicamentos que se le proveen en cualquier lugar que no sea una farmacia para Pacientes Externos. Es posible que ciertos medicamentos estén cubiertos como beneficio no farmacéutico, por ejemplo, medicamentos de infusión o inyectables, que están cubiertos bajo sus beneficios médicos • Medicamentos recetados como parte de un plan de tratamiento que no cubrimos • Medicamentos homeopáticos recetados y de venta libre • Medicamentos que por ley no requieren una receta (a menos que se indique como cubierto en la sección “Medicamentos cubiertos y farmacia”) o que se indican como cubiertos en el Formulario • Vitaminas y suplementos dietéticos (excepto aquellos que se indican como cubiertos en el Formulario.)

Categoría	Lista de servicios excluidos
	• Flúor de administración tópica y oral para adultos • Medicamentos para el tratamiento de la talla baja idiopática • Medicamentos GLP-1 para pacientes sin diabetes, indicados para tratar la pérdida de peso y sus comorbilidades. • Productos no medicinales, como suministros terapéuticos u otros dispositivos protésicos, aparatos, productos de apoyo u otros productos que no sean médicos. Estos se pueden proveer según lo descrito anteriormente en esta sección. • Recetas surtidas en farmacias que no son farmacias designadas por Tufts Health Plan, excepto en caso de atención de Emergencia • Recetas surtidas por una farmacia en Internet que no es un sitio de Internet de práctica farmacéutica verificado certificado por la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia • Medicamentos recetados después de que un ingrediente activo o una versión modificada de un ingrediente activo que es un equivalente terapéutico de un medicamento recetado cubierto pasa a ser de venta libre: en este caso, es posible que el medicamento específico y toda la clase de medicamentos recetados no estén cubiertos • Medicamentos recetados cuando están en un paquete junto con productos que no requieren receta
Otros servicios	• Cualquier servicio dental que no sea de Emergencia para Miembros de 19 años o más • Biorretroalimentación, excepto para el tratamiento de la incontinencia urinaria • Con respecto a los servicios de atención intermedia y para Pacientes Externos de salud mental para Niños-adolescentes, los siguientes programas: o Programas en los cuales el paciente tiene una duración predefinida de la atención sin que el Plan pueda llevar a cabo determinaciones concurrentes de la Necesidad Médica continua para una persona o Programas que solo proveen reuniones o actividades que no se basen en la planificación personalizada de tratamiento o Programas que se centran únicamente en mejorar las habilidades interpersonales o de otro tipo en vez de ser servicios dirigidos a la reducción de síntomas y la recuperación de funcionalidad relacionada con trastornos de salud mental específicos • Servicios y procedimientos cosméticos (para cambiar o mejorar la apariencia), a menos que sean necesarios para restaurar la función corporal, corregir una discapacidad física tras una lesión, cirugía previa o defecto congénito o como parte de un servicio de afirmación de género médicamente necesario. • Costos asociados a los partos en el hogar; y/o costos asociados a los servicios provistos por una “doula” (partera) • Cuidado de Custodia • Exámenes y evaluaciones educativos • Exámenes requeridos u ordenados por un tercero (por ejemplo, exámenes físicos, psiquiátricos y psicológicos, o exámenes ordenados por un tercero, como un empleador, tribunal o escuela) • Un medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento (colectivamente “tratamiento”) que sea un tratamiento Experimental o en Investigación. Esta exclusión no se aplica a los siguientes servicios que cumplan los requisitos de la ley de Massachusetts y de la ley federal: o Tratamiento antibiótico a largo plazo para la enfermedad crónica de Lyme o Trasplantes de médula ósea para el cáncer de seno o Servicios de atención de pacientes provistos como parte de un ensayo clínico calificado realizado para prevenir, detectar o tratar el cáncer u otras enfermedades o condiciones que ponen en peligro la vida o Usos no incluidos en la etiqueta de medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer o el VIH/SIDA. Nota: Si el tratamiento es Experimental o en Investigación, no pagaremos los tratamientos relacionados que son provistos al Miembro con el propósito de suministrar el tratamiento Experimental o en Investigación. • No cubrimos el costo de servicios (incluyendo programas con pago de matrícula) que ofrezcan actividades de desarrollo educativo, vocacional, recreativo o personal, incluyendo, entre otras, las escuelas terapéuticas, campamentos, programas al aire libre o de rancho, programas de deportes o mejora del rendimiento, spa/centros vacacionales, orientación de liderazgo

Categoría	Lista de servicios excluidos
	o conductual u Outward Bound. ○ Proveeremos cobertura para servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias Médicamente Necesarios para Pacientes Externos o intermedios provistos por Profesionales de Salud Mental Licenciados mientras el Miembro esté en un programa con pago de matrícula, sujeto a las normas del Plan, incluyendo cualquier requisito o Costo Compartido de la Red. • Masoterapia • Enfermería privada (enfermería sin interrupciones o por turno) • Reversión de esterilización voluntaria • Podología/Cuidado de rutina de los pies, excepto como se menciona en el Beneficio de Podología en la página 36 • Servicios de vehículos silla

EXTRAS de Tufts Health Direct

Para ayudarlo a estar y a mantenerse lo más saludable posible, lo premiamos con EXTRAS de Tufts Health Direct. Consulte a continuación para obtener detalles sobre los EXTRAS y cómo recibirlos. Debe ser un Miembro actual y elegible de Tufts Health Direct para recibir los EXTRAS que les ofrecemos a nuestros Miembros. Sin embargo, podrían aplicarse algunas restricciones y nos reservamos el derecho a cambiar o dejar de entregar EXTRAS en cualquier momento.

Tarjeta de regalo de $25 por completar su visita anual de bienestar

Los miembros pueden obtener una tarjeta de regalo de $25 por realizar una visita anual de bienestar.

Cómo obtenerla

1. Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario que debe completar o puede descargarlo en tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form.
2. Complete la sección Información para Miembros del formulario.
   - Si completa el formulario de un Hijo, use el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del Niño.
   - Complete un formulario por cada Miembro.
3. Haga una copia del formulario para que la conserve.
4. Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021

   Fax 857-304-6300

Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.

Nota: Debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando se haga su visita anual de bienestar y cuando procesemos su formulario.

Tarjeta de regalo de $25 para exámenes de detección de diabetes

Si tiene diabetes, queremos ayudarlo a controlarla. Le daremos una tarjeta de regalo de $25 por completar 5 exámenes de detección de diabetes de rutina en 1 año calendario:

- 1 examen de la vista
- 2 análisis de azúcar en sangre (HbA1c)
- 1 análisis de proteína y
- 1 prueba de colesterol (LDL)

Cómo obtenerla

1. Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario que debe completar o puede descargarlo en tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-reward-form.
2. Complete la sección Información para Miembros del formulario.
    - Si completa el formulario de un Hijo, use el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del Niño.
    - Complete un formulario por cada Miembro.
3. Haga una copia del formulario para que la conserve.
4. Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a:

    Tufts Health Plan
    Attn: Claims Department
    P.O. Box 524
    Canton, MA 02021

    Fax 857-304-6300

Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.

Nota: Debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando se haga el exámen de detección de diabetes y cuando procesemos su formulario.

Tarjetas de regalo para sillas elevadoras y de auto

Los Miembros pueden ser elegibles para recibir una tarjeta de regalo de $25 para comprar una silla elevadora y una tarjeta de regalo de $50 para comprar una silla convertible para automóvil, un año después siempre y cuando su Hijo sea Miembro de Tufts Health Plan. Puede obtener hasta dos tarjetas de regalo durante su membresía. Puede recibir la recompensa si:

- Tiene 28 semanas de embarazo o más
- Tiene un Hijo de entre 0 y 8 años de edad

Cómo obtenerla

1. Llámenos al 888-257-1985. Le enviaremos un formulario que debe completar o puede descargarlo en tuftshealthplan.com/documents/members/forms/direct-extras-car-seat-form
2. Complete la sección Información para Miembros del formulario.
   - Si completa el formulario de un Hijo, use el nombre y el número de Identificación de Miembro de Tufts Health Plan del Niño.
   - Complete un formulario por cada Miembro.
3. Haga una copia del formulario para que la conserve.
4. Envíenos el formulario completo por correo postal o por fax a:

   Tufts Health Plan
   Attn: Claims Department
   P.O. Box 524
   Canton, MA 02021

   Fax 857-304-6300

Comenzaremos a procesar su solicitud después de recibir el formulario completo. Debería recibir su recompensa entre 6 y 8 semanas después.

Nota: Debe ser Miembro de Tufts Health Direct cuando procesemos su formulario.

Gestión de la atención

La Gestión de la Atención (CM por sus siglas en inglés) le ayuda a mantenerse sano y a mejorar su salud. Nuestros servicios de CM pueden incluir ayudas con las citas, brindar información de salud y coordinar la atención con sus Proveedores. Si bien la Gestión de la Atención es una ayuda, no reemplaza la atención de su PCP ni de otros Proveedores.

Nosotros o los proveedores del programa de gestión de la atención podemos contactar a los miembros que podrían beneficiarse de participar en estos programas. Podemos contactarte si recientemente recibiste un diagnóstico o servicio que te califica para estos programas. Si te interesa recibir servicios de gestión de la atención y deseas solicitarlos por tu cuenta, llámanos al 888-257-1985 para hablar con nuestro equipo de gestión de la atención, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos.

Programa de salud Materno Infantil

Colaboramos estrechamente con usted y sus Proveedores para garantizar que reciba atención durante el embarazo. También podemos ayudar a coordinar la atención que necesita después del parto. Para obtener más información sobre los Servicios Cubiertos disponibles para los Miembros expectantes, consulte la página 34.

Gestión de la Atención Integrada

La Gestión de la Atención Integrada (ICM por sus siglas en inglés) es un modelo de atención centrado en sus necesidades específicas. Nuestros gerentes de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias y de atención médica junto con los Trabajadores de Salud Comunitarios (CHW por sus siglas en inglés) colaboran estrechamente para proveerle la atención que necesita. Nuestro equipo puede ayudarlo con asuntos de cuidado de la salud, sociales y financieros.

La ICM es útil en situaciones complejas, como la salud mental, el consumo de sustancias, las discapacidades físicas o las condiciones de salud especiales (por ejemplo, embarazos de alto riesgo, cáncer, VIH/SIDA).

Gestión de la Atención de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias

Ofrecemos una amplia gama de servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para apoyar su bienestar. Nuestros médicos licenciados pueden:

- Informarle sobre los servicios comunitarios
- Supervisar el progreso de su tratamiento
- Colaborar con sus Proveedores para la planificación del alta
- Revisar sus necesidades de atención continua

Le ayudamos a garantizar que reciba la mejor atención mientras trabajamos para

- Mejorar su salud y el bienestar de su familia
- Coordinar la atención entre sus Proveedores
- Involucrarlo en la planificación del tratamiento
- Garantizar una atención ininterrumpida durante los cambios de Proveedor o de Plan
- Facilitar el acceso oportuno al nivel adecuado de atención de Salud Conductual

También proveemos Gestión de la Atención de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias si usted

- Necesita ayuda después de un diagnóstico de salud mental nuevo o consumo de sustancias
- Tiene dificultades para controlar una condición de Salud Conductual
- Tiene múltiples admisiones por problemas de Salud Conductual
- Tiene dificultades para obtener servicios comunitarios
- Sufrió un acontecimiento catastrófico
- Necesita coordinación entre múltiples agencias para diversas necesidades o consideraciones culturales

Transición de la Atención (ToC por sus siglas en inglés)

Cuando salga de un centro de atención de 24 horas, nuestro equipo de atención puede ayudarlo con la transición de sus necesidades de atención. Esta es la atención que necesita para seguir mejorando en su hogar. Nuestro equipo de atención puede trabajar con Proveedores para asegurarse de que reciba los servicios que necesite cuando los necesite.

El plan de ToC incluye:

- Coordinar sus necesidades de atención con sus Proveedores, como programar citas de seguimiento oportunas
- Revisar sus medicamentos
- Desarrollar un plan para ayudarlo a obtener los servicios que necesita
- Proveerle información educativa sobre su condición, sus medicamentos y el control de su enfermedad

Gestión de la Atención Compleja (CCM por sus siglas en inglés)

Nuestro programa de Gestión de la Atención Compleja está destinado a Miembros con problemas de cuidado de la salud complejos. Si tiene uno o varios problemas de cuidado de la salud que son difíciles de controlar, podemos ayudarlo. Pueden ser de naturaleza médica y/o de Salud mental y trastorno por consumo de

sustancias. Contamos con un equipo de profesionales dedicados al cuidado de la salud que pueden ayudarlo a estar y mantenerse saludable. También pueden ayudarlo a eliminar las barreras que le impiden recibir atención.

Los Miembros con las siguientes condiciones pueden beneficiarse de nuestros servicios de CCM:

- SIDA u otras enfermedades del sistema inmunitario
- Trastorno bipolar
- Cáncer
- Ciertas enfermedades neurológicas
- Embarazo de alto riesgo y niños recién nacidos en la unidad neonatal de terapia intensiva (NICU, por sus siglas en inglés)
- Necesidades de cuidados intensivos
- Trastorno depresivo mayor
- Múltiples condiciones de salud que son difíciles de controlar
- Trasplante de órganos
- Necesidades complejas de atención pediátrica
- Esquizofrenia
- Enfermedad cardíaca o pulmonar grave
- Discapacidad o deterioro grave
- Lesión traumática grave
- Trastorno por consumo de sustancias

Control de enfermedades

Nuestros gerentes de atención médica pueden ayudarte a controlar enfermedades como el asma, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), la insuficiencia cardíaca o la enfermedad renal crónica (CKD, por sus siglas en inglés).

Le ofrecemos información y herramientas para ayudarlo a comprender mejor su enfermedad. Al trabajar con sus Proveedores, podemos ayudarlo a evitar visitas a la sala de Emergencias. Le explicamos por qué son importantes ciertas pruebas y podemos llamarle para recordarle sus análisis de laboratorio anuales y sus citas con su PCP.

Servicios de Salud Comunitarios

Los Trabajadores de Salud Comunitarios (CHW) son trabajadores de salud pública de primera línea certificados. Los CHW tienen una comprensión única de las poblaciones a las que atienden. Los CHW ayudan con los servicios de red de seguridad. Los servicios de red de seguridad están destinados a necesidades básicas como educación, vivienda, atención médica, cuestiones legales que perjudican la salud, transporte y asesoramiento.

Los CHW se destacan porque:

- Comprenden a las comunidades a las que atienden
- Dedican gran parte de su tiempo a actividades de alcance en la comunidad

- Cierran la brecha entre las comunidades y los servicios sanitarios y humanos
- Ayudan a los Miembros a encontrar y solicitar beneficios estatales y federales
- Ofrecen educación sanitaria culturalmente competente a los Miembros y cuidadores
- Refieren a los Miembros a recursos comunitarios
- Visitan a los Miembros en sus hogares y en la comunidad

Gestión de Calidad

Estamos comprometidos con garantizar que reciba cuidado de la salud de alta calidad en el lugar correcto, en el momento correcto, con los mejores resultados posibles.

Elaboramos nuestra Descripción del Programa de Gestión y Mejoramiento de la Calidad (QMIPD por sus siglas en inglés) anualmente. La QMIPD incluye:

- Una descripción de nuestros programas de Gestión de Calidad
- Los aspectos de atención médica y de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias de nuestro programa de calidad
- Un análisis de nuestra encuesta anual para Miembros que evalúa la satisfacción con respecto al acceso a los servicios
- Objetivos claros centrados en nuestra membresía diversa y en las personas con necesidades de salud complejas

Estamos comprometidos con el mejoramiento de los Servicios Cultural y Lingüísticamente Adecuados (CLAS por sus siglas en inglés) y la reducción de las desigualdades en el cuidado de la salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos define competencia cultural como la capacidad de:

- Comprender en profundidad los rasgos sociales, lingüísticos, morales, intelectuales y conductuales de una comunidad o población
- Usar esta comprensión para mejorar la efectividad de la prestación de cuidado de la salud a grupos diversos

Nuestro compromiso por proveer cuidado de la salud asequible y de alta calidad queda claro en nuestra calificación NCQA. Estamos entre los mejores Planes de salud, reconocidos por nuestra calidad y la satisfacción de los Miembros.

Estamos acreditados por NCQA desde 1994. De 1999 a 2019, nuestros productos alcanzaron el estatus de acreditación “Excelente” de NCQA, que es el logro más alto posible. Con un cambio de criterios en 2020, la acreditación “Excelente” pasó a ser “Acreditado”. Nuestros productos HMO/POS y PPO ahora tienen el nivel “Acreditado”.

La acreditación actual es válida desde 2022. Nuestra próxima revisión de acreditación NCQA será en 2025.

Si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención que obtiene de un Proveedor de la Red o sobre los servicios que proveemos, comuníquese con nosotros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Cómo resolver inquietudes

Consultas

Una Consulta es cualquier pregunta o solicitud que puede tener sobre cómo trabajamos. Puede realizar una Consulta en cualquier momento. Resolveremos su Consulta de inmediato o dentro de los tres días hábiles posteriores a su recepción. Le informaremos del resultado el mismo Día que lo resolvamos.

Quejas

Tiene derecho a presentar una Queja si no está satisfecho con algo que hayamos hecho o no hecho. Investigaremos la situación y la resolveremos. Nota: Puedes apelar cualquier denegación de cobertura. Consulte la siguiente sección para obtener más detalles.

Puede presentar una Queja en cualquier momento. Las razones pueden incluir:

- Mala calidad de la atención o los servicios
- Descortesía por parte de un Proveedor o uno de nuestros empleados
- Falta de respeto a sus derechos por parte de un Proveedor o uno de nuestros empleados
- Prórroga para que decidamos sobre una Autorización o Apelación
- Decisión de no agilizar una solicitud de Apelación Interna Estándar

Su Representante Designado (o simplemente, Representante) puede presentar una Queja por usted. Puede nombrar a un Representante enviándonos un Formulario de Representante Designado de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un formulario en línea o llamando a Servicios para Miembros. Consulte los detalles a continuación.

Tiene 30 días entre el momento en que un Representante puede presentar una Queja por usted y el momento en que recibimos el formulario. De lo contrario, desestimaremos la Queja.

Cómo presentar una Queja

Usted o su Representante pueden presentar una Queja de las siguientes maneras:

- **Teléfono:** Llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.
- **TTY/TTD:** Las personas con pérdida auditiva parcial o total pueden llamar a nuestra línea TTY al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.
- **Correo postal**: envíe una Queja por correo postal a:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021
- **Correo electrónico**: Envíe una Queja por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Contáctenos) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com y tuftshealthplan.com/memberlogin.
- **Fax**: Envíenos una Queja por fax al 617-972-9509.
- **En persona**: Visite nuestra oficina en 1 Wellness Way, Canton, MA, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.
- **Portal seguro para Miembros en línea**: Inicie sesión en su portal seguro en línea en tuftshealthplan.com/memberlogin para presentar una Queja electrónicamente.

Una vez que presente la Queja, haremos lo siguiente:

- Le informaremos a usted o a su Representante que recibimos su Queja, mediante el envío de una notificación por escrito
- Se le proveerá a usted o a su Representante una respuesta por escrito a su Queja por correo certificado o registrado en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que se recibió la Queja. Esta respuesta incluirá la información que hemos tenido en cuenta y explicará nuestra decisión
- Proveeremos servicios de intérprete, de ser necesarios

Apelaciones

Usted, su Proveedor o su Representante tienen derecho a solicitar una Apelación Interna Estándar si está en desacuerdo con cualquier denegación basado en sus beneficios o Necesidad Médica (Determinación Adversa). Tiene 180 Días para solicitar una Apelación Interna Estándar. Le alentamos a actuar lo antes posible.

Cómo solicitar una Apelación Interna Estándar

Usted o su Representante pueden solicitar una Apelación Interna Estándar en un plazo de 180 Días a partir de la fecha de denegación o Determinación Adversa de las siguientes maneras:

- **Teléfono**: Llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **TTY/TTD**: Las personas con pérdida auditiva parcial o total pueden llamar al 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **Correo postal**: Envíe una solicitud de Apelación Interna Estándar por correo postal, junto con una copia de cualquier notificación pertinente y cualquier información adicional sobre la Apelación Interna Estándar, a:

  Tufts Health Plan
  Attn: Appeals and Grievances
  1 Wellness Way
  Canton, MA 02021
- **Correo electrónico**: Solicite una Apelación Interna Estándar por correo electrónico a través de la sección “Contact us” (Contáctenos) de nuestro sitio web en tuftshealthplan.com y tuftshealthplan.com/memberlogin
- **Fax**: Solicite una Apelación Interna Estándar por fax al 857-304-6321
- **En persona**: Visite nuestra oficina en 1 Wellness Way (Canton, Mass), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos
- **Portal seguro para Miembros en línea**: Inicie sesión en su portal seguro en línea en tuftshealthplan.com/memberlogin para presentar una Apelación electrónicamente

Le haremos saber que recibimos su solicitud de Apelación Interna Estándar mediante una notificación por escrito enviada en un plazo de 15 Días a partir de la recepción.

Su Representante puede solicitar una Apelación Interna Estándar por usted. Debe informarnos por escrito si su Representante solicitará una Apelación Interna Estándar por usted.

Puede nombrar a un Representante enviándonos un Formulario de Representante Designado de Tufts Health Plan firmado. Puede obtener un Formulario llamando al Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985. También puede encontrar este formulario en línea.

Si alguien intenta presentar una Apelación Interna Estándar por usted sin que tengamos un Formulario de Representante Designado archivado, le informaremos por escrito que se ha realizado una solicitud. Incluiremos el formulario para que usted lo firme y lo envíe. No tomaremos más medidas hasta que recibamos el formulario firmado. Si no recibimos el formulario, desestimaremos la solicitud.

Continuidad de servicios durante el proceso de Apelación

Si su Apelación tiene relación con la terminación de Servicios Cubiertos en curso, continuaremos la cobertura hasta que concluya el Proceso de Apelación Interna. Usted o su Representante deben solicitar la Apelación de manera oportuna. Usted es responsable del Costo Compartido relacionado. Solo los servicios autorizados originalmente por nosotros y que no se interrumpieron en virtud de una exclusión específica relacionada con períodos o episodios seguirán estando cubiertos.

Plazo para la Apelación Interna Estándar

Revisaremos y decidiremos sobre su solicitud de Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud. Podríamos solicitar extender el plazo si necesitamos más información. Le llamaremos para conversar sobre la extensión y le enviaremos una carta de extensión. El tiempo adicional no será superior a 30 Días a partir de la fecha en que conversemos sobre una extensión.

Si no resolvemos cualquier apelación por necesidad médica (determinación adversa) dentro de los plazos límites especificados, esta se resolverá en tu favor.

Hay situaciones en las que podemos revisar una Apelación rápidamente. Cada situación tiene un plazo de tiempo determinado en el que debemos decidir:

- Si es paciente en un Hospital: Debemos emitir una decisión antes de que le den el alta
- Si solicita Equipo Médico Duradero: Debemos emitir una decisión en un plazo de 48 horas o menos cuando el Proveedor especifique un plazo razonable
- Si tiene una Enfermedad Terminal: Debemos emitir una decisión en un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la Apelación

Revisión de los registros médicos como parte de la Apelación Interna Estándar

Puede enviarnos comentarios por escrito, documentos u otra información relacionada con su Apelación. Tiene derecho a revisar el expediente de su caso. El expediente de su caso incluye los documentos que tuvimos en cuenta durante el proceso de Apelación.

Apelación Interna Expedita

Usted o su Representante pueden solicitar una Apelación Interna Expedita sobre una Determinación Adversa si usted o su Proveedor consideran que nuestro plazo estándar de 30 Días:

- Podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar su función al máximo
- Le ocasionará dolor agudo que no se pueda controlar adecuadamente sin el servicio solicitado

Usted, su Proveedor o su Representante pueden solicitarnos una Apelación Interna Expedita de forma verbal, escrita o en persona. Puede solicitar esto en lugar de solicitar una Apelación Interna Estándar.

Si un Proveedor nos informa por escrito que un retraso en la recepción del servicio o suministro solicitado causaría un riesgo de daño considerable para usted, revertiremos la decisión dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al inicio de la revisión en espera del resultado de la decisión de la Apelación Expedita.

Si usted o su Representante envían la solicitud, un Médico la revisará para decidir si se cumplen los criterios para una Apelación Expedita. Se le notificará la decisión dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la revisión.

Usted o su Representante también pueden solicitar una Revisión Externa Expedita a la Office of Patient Protection (OPP). Puede solicitar esto al mismo tiempo que nos solicita una Apelación Interna Expedita. Para obtener más información, consulte las secciones sobre Revisiones Internas Expeditas, a partir de la página 61.

Nota importante sobre los medicamentos recetados

Si su Proveedor cree que es Médicamente Necesario que usted tome medicamentos que no están en el Formulario o que están restringidos en virtud de alguno de los programas de administración de farmacias de Tufts Health Plan, el Proveedor puede presentar una solicitud de cobertura. Revisaremos la solicitud y le informaremos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud.

Usted o su Proveedor que emite la receta pueden solicitar un proceso de excepción expedita para medicamentos recetados basado en Circunstancias Apremiantes. Le informaremos a usted y a su Proveedor que emite la receta nuestra decisión a más tardar 24 horas después de recibir la solicitud.

Notificación por escrito de decisiones sobre Apelaciones

Le informaremos nuestras decisiones sobre Apelaciones por escrito.

- En el caso de las Apelaciones Internas Estándar, le enviaremos una carta con la decisión por correo certificado o registrado en un plazo de treinta (30) Días calendario a partir de la fecha en que se recibió la Apelación.
- En el caso de las Apelaciones Internas Expeditas, le enviaremos una carta con la decisión por correo certificado o registrado en un plazo de dos (2) días hábiles a partir de la fecha en que se toma la decisión.

Para las Determinaciones Adversas, esta notificación incluirá una explicación clínica de la decisión y:

- Proporcionará información específica sobre la que basamos una Determinación Adversa
- Analizará sus síntomas o condición, diagnóstico y las razones específicas por las que la evidencia enviada no cumple con los criterios correspondientes de revisión médica
- Especificará las opciones de tratamiento alternativo que cubrimos
- Indicará e incluirá los criterios de revisión clínica pertinentes
- Le hará saber a usted o a su Representante sus opciones para seguir apelando nuestra decisión, por ejemplo, los procedimientos para solicitar una Revisión Externa y una Revisión Externa Expedita

Proceso de Revisión Externa

Si recibe una Determinación Adversa Definitiva de nuestra parte, puede solicitar una Revisión Externa de la Office of Patient Protection (OPP). Puede solicitar una Apelación Interna Expedita y una Apelación Externa Expedita al mismo tiempo. Usted o su Representante debe iniciar el proceso de Revisión Externa. Adjuntaremos un Formulario de Revisión Externa cuando emitamos una Determinación Adversa Definitiva. Para iniciar la revisión, envíe el Formulario requerido a la OPP en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que recibió nuestra Determinación Adversa Definitiva:

Health Policy Commission Office of Patient Protection
50 Milk Street
Eighth Floor
Boston, MA 02109

La OPP examinará todas las solicitudes de Revisión Externa para comprobar si:

- Cumplen los requisitos del proceso de Revisión Externa
- No conllevan un servicio o beneficio que hayamos especificado en este Manual del Miembro que está excluido de la cobertura
- Resultado de nuestra emisión de una Determinación Adversa Definitiva. No necesitará que le enviemos una Determinación Adversa Definitiva si no actuamos dentro de los plazos para la Apelación Interna Estándar o si le solicitó una Revisión Externa Expedita a la OPP y se nos solicitó una Apelación Interna Expedita al mismo tiempo.

Las disputas sobre pagos no son elegibles para una Revisión Externa, excepto cuando la Apelación se presenta para decidir si son aplicables las protecciones contra la Facturación Sorpresa.

La OPP examinará su solicitud de Revisión Externa en un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de la solicitud. Una vez que se considere que su caso es elegible para una Revisión Externa, la OPP lo presentará ante la Agencia de Revisión Externa. La Agencia de Revisión Externa le enviará una decisión por escrito.

Revisiones Externas Expeditas

Puede solicitar una Revisión Externa Expedita si su Proveedor le comunica a la OPP por escrito que un retraso en la atención representaría una amenaza grave para su salud. La OPP examinará su revisión en un plazo de 72 horas después de recibir nuestra solicitud. Las Revisiones Externas Expeditas se resuelven en un plazo de cuatro días hábiles a partir de la fecha en que la Agencia de Revisión Externa recibe el referido de la OPP. Puede solicitar una Revisión Externa Expedita al mismo tiempo que solicita una Apelación Interna Expedita a Tufts Health Plan.

Cuando su Revisión Externa implica nuestra decisión de suspender un servicio anteriormente aprobado por nosotros

Si la Revisión Externa implica suspender la cobertura de servicios en curso, puede solicitarle a la OPP seguir recibiendo los servicios durante la Revisión Externa. Debe presentar la solicitud antes del final del segundo día hábil después de recibir nuestra Determinación Adversa Definitiva. Si la Agencia de Revisión Externa decide que debe seguir recibiendo el servicio porque podría sufrir un perjuicio considerable si este se cancela, seguiremos cubriendo el servicio hasta que se tome una decisión sobre la Revisión Externa, sin importar cuál sea esta decisión.

Cómo comunicarse con la Office of Patient Protection (OPP)

Si tiene preguntas sobre sus derechos como Miembro o sobre el proceso de Revisión Externa, puede comunicarse con la OPP llamando al 800-436-7757 o por fax al 617-624-5046 o visitar el sitio web de la OPP: mass.gov/orgs/office-of-patient-protection.También puede comunicarse con la OPP por correo electrónico escribiendo a HPC-OPP@state.ma.us o por correo postal a:

Health Policy Commission
Office of Patient Protection
50 Milk Street
Eighth Floor
Boston, MA 02109

Limitación de acciones

Usted no puede presentar una demanda contra Tufts Health Plan por no pagar o no coordinar los Servicios Cubiertos a menos que haya completado el proceso de Apelaciones de Tufts Health Plan y cualquier proceso de Revisión Externa aplicable y presente la demanda dentro de los dos años siguientes a la denegación inicial

de los beneficios. Pasar por el proceso de apelaciones y de Revisión Externa aplicable no extiende el límite de tiempo para presentar una demanda más allá de dos años después de la fecha en que se le denegó la cobertura por primera vez. Sin embargo, si decide seguir la Revisión Externa que ofrece la Office of Patient Protection, los Días que transcurren desde la fecha en que la Office of Patient Protection recibe su solicitud hasta la fecha en que usted recibe la respuesta no se contabilizan para el límite de dos años.

Preguntas o inquietudes

Si tiene preguntas o inquietudes sobre el proceso de Quejas y/o Apelaciones, llame a nuestro Equipo de Servicios para Miembros al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Sus derechos y responsabilidades

Sus derechos como Miembro

Como Miembro de Tufts Health Plan, tiene derecho a:

- Ser tratado con respeto y dignidad, sin importar su raza, origen étnico, credo, creencias religiosas, orientación sexual o fuente de pago de la atención
- Recibir tratamiento Médicamente Necesario, incluyendo la atención de Emergencia
- Recibir información sobre nosotros y nuestros servicios, Proveedores Primarios de Cuidados Médicos (PCP), Especialistas, otros Proveedores, y sobre sus derechos y responsabilidades.
- Tener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o Médicamente Necesarias para sus condiciones, sin importar el costo o la cobertura del beneficio
- Trabajar con su PCP, los Especialistas y otros Proveedores para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud
- Aceptar o rechazar el tratamiento médico o quirúrgico
- Llamar al consultorio de su PCP y/o Proveedor de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias 24 horas al día, siete días a la semana
- Esperar que su Información Médica Protegida sea privada y que cumplamos con las leyes de privacidad estatales y federales (HIPAA) con respecto a la confidencialidad de su información médica y personal en reconocimiento de su derecho a la privacidad
- Obtener una segunda opinión para la atención y los tratamientos propuestos
- Presentar una Queja para expresar su insatisfacción con nosotros, sus Proveedores o la calidad de la atención o los servicios que recibe
- Apelar una denegación o Determinación Adversa que tomemos en relación con su atención o servicios
- Estar libre de cualquier forma de restricción o aislamiento usado como medio de coerción, disciplina o represalia
- Pedir más información o explicaciones de lo que se incluye en este Manual del Miembro, ya sea en forma verbal o por escrito
- Pedir una copia de este Manual del Miembro en cualquier momento
- Recibir una notificación por escrito de los cambios importantes y finales a nuestra Red de Proveedores, incluyendo, entre otros, cancelaciones de PCP, Especialistas, Hospitales y centros que lo afectan

- Pedir y recibir copias de sus registros médicos y pedir que corrijamos o enmendemos los registros de ser necesario
- Recibir los servicios que cubrimos
- Hacer recomendaciones sobre nuestra política de derechos y responsabilidades de los Miembros
- Pedir y recibir este Manual del Miembro y demás información de Tufts Health Plan traducidos a su idioma de preferencia

Sus responsabilidades como Miembro

Como Miembro de Tufts Health Plan, tiene la responsabilidad de:

- Tratar a todos los Proveedores con respeto y dignidad
- Asistir a todas las citas a tiempo o llamar si llegará tarde o necesita cancelar una cita
- Entregarles a su Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP), a los Especialistas, a otros Proveedores y también a nosotros información completa y correcta sobre su historial médico, los medicamentos que toma y otros asuntos relacionados con su salud
- Pedir más información a su PCP y a otros Proveedores si no comprende lo que le dicen
- Participar con su PCP, los Especialistas y otros Proveedores para comprender y ayudar a desarrollar planes y objetivos para mejorar su salud
- Seguir los planes e instrucciones de atención que haya acordado con sus Proveedores
- Comprender que negarse al tratamiento puede causar efectos graves en su salud
- Comunicarse con su PCP o Proveedor de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias dentro de las 48 horas posteriores a su visita a la sala de Emergencias para recibir atención de seguimiento
- Cambiar su PCP o Proveedor de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias si no está satisfecho con su atención actual
- Expresar sus inquietudes y quejas en forma clara
- Informarnos si tiene acceso a cualquier otro seguro
- Informarnos si sospecha de un posible Fraude y/o uso indebido
- Informarnos de cualquier cambio en el PCP
- Informarle a Health Connector y también a nosotros de cambios en su dirección o teléfono
- Informarnos si está embarazada

Más información disponible para usted

Puede obtener información sobre sus derechos y responsabilidades con Tufts Health Plan llamándonos al 888-257-1985 (TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

También puede obtener información sobre nosotros de:

- La Massachusetts Board of Registration in Medicine mass.gov/orgs/board-of-registration-in-medicine, que puede darle información sobre los Proveedores con licencia para ejercer en Massachusetts
- La Office of Patient Protection (OPP), que también puede darle información sobre sus derechos como un Miembro de la atención administrada y sobre el proceso de Revisión Externa
- Una lista de fuentes de información publicada en forma independiente que evalúa la satisfacción de los Miembros y la calidad de los Servicios de Cuidado de la Salud que ofrecemos
- El porcentaje de las ganancias por Primas que gastamos en Servicios de Cuidado de la Salud para nuestros Miembros durante el año más reciente del que se tenga información
- Un informe con un resumen sobre Apelaciones, como la cantidad de Apelaciones presentadas, la cantidad de Apelaciones aprobadas internamente, la cantidad de Apelaciones denegadas internamente y la cantidad de Apelaciones retiradas antes de una resolución

Protección de sus beneficios

Ayúdanos a evitar el fraude, despilfarro y abuso en el cuidado de la salud. Éstos son algunos ejemplos:

- Recibir facturas o explicaciones de beneficios por servicios de cuidado de la salud que nunca recibió.
- Usar indebidamente la tarjeta de identificación del seguro médico de un miembro con el fin de obtener servicios de cuidado de la salud o medicamentos recetados.
- Pedir que realicen una información falsa o engañosa sobre tu salud, por ejemplo: presentar un diagnóstico incorrecto en una solicitud de reembolso.
- Revender suministros, equipos o recetas que se les suministran como servicios cubiertos.
- Ofrecer o recibir algo de valor a cambio de aceptar recibir los servicios cubiertos.

Para denunciar un posible Fraude y uso indebido en el cuidado de la salud o si tiene preguntas, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., o envíe un correo electrónico a FraudandAbuse@point32health.org. No necesitamos su nombre ni información de Miembro. También puede llamar a nuestra línea directa anónima en cualquier momento al 877-824-7123 o enviarnos una carta anónima a:

Tufts Health Plan
Attn: Special Investigation Unit
1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Cuando tiene más seguros

Debe informarnos si tiene cualquier otra cobertura de seguro de salud además de Tufts Health Direct. También debe informarnos si ocurren cambios en su cobertura de seguro alternativo. Los tipos de seguro alternativo que puede tener incluyen:

- Cobertura de un seguro de salud Grupal del empleador para empleados o jubilados, ya sea para usted o su Cónyuge
- Cobertura bajo un contrato de seguro no grupal

- Cobertura bajo Compensación del Trabajador debido a una enfermedad o lesión laboral
- Cobertura de Medicare u otro seguro público
- Cobertura para un accidente en el que está involucrado un seguro contra todo riesgo o seguro contra daños a terceros
- Cobertura que reciba a través de la Administración de Beneficios para Veteranos
- "Continuación de la cobertura" que tenga, por ejemplo, a través de la COBRA: La COBRA es una ley que exige a los empleadores con 20 empleados o más que les permitan a sus empleados y sus Familiares Dependientes conservar su cobertura de salud Grupal durante un período después de abandonar su Plan Grupal bajo ciertas condiciones. Consulte la sección Continuación de la cobertura para Miembros de un Grupo a partir de la página 24 para obtener más información.

Coordinación de Beneficios

Es posible que tenga beneficios de otro Plan para cubrir los gastos del cuidado de la salud. Nuestro programa de Coordinación de Beneficios (COB por sus siglas en inglés) previene la duplicación del pago por los mismos Servicios de Cuidado de la Salud. Nos aseguramos de que los beneficios de los Servicios Cubiertos estén coordinados con otros planes. Determinamos qué Plan debe pagar primero cuando usted presenta una Reclamación y qué Plan debe pagar en segundo lugar. Coordinamos beneficios para Reclamaciones de medicamentos recetados conforme a nuestro Monto Permitido de pagador secundario en todos los casos. Nuestro programa de COB sigue la ley de Massachusetts, 211 CMR 38.00 y siguientes.

Si tiene un seguro de salud adicional, llámenos al 888-257-1985, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., para saber cómo se gestionará el pago.

Subrogación

Derecho de Subrogación

Usted puede tener derecho legal a cobrar parte o la totalidad de los costos de su cuidado de la salud de parte de otras personas (un "Tercero"). Un "Tercero" se refiere a cualquier persona o empresa que es, podría ser o se afirma que es responsable de los costos de sus lesiones o enfermedades. Esto incluye los costos de cualquier Familiar Dependiente cubierto en virtud de este Plan.

Tufts Health Direct puede cubrir los costos de cuidado de la salud por los cuales un Tercero es responsable. En este caso, podríamos exigir que el Tercero nos reembolse el costo total de los beneficios provistos por este Plan. Nuestros derechos de cobro se aplican a todos los cobros realizados por usted o en su nombre de cualquier origen.

Esto incluye, entre otros:

- Pagos realizados por un Tercero
- Pagos realizados por cualquier compañía de seguros en representación del Tercero
- Cualquier pago o indemnización en virtud de una póliza de cobertura de un conductor no asegurado o con seguro insuficiente
- Cualquier indemnización o acuerdo por discapacidad
- Protección contra lesiones personales ("PIP" por sus siglas en inglés) contra todo riesgo o cobertura de pagos médicos ("MedPay") en virtud de cualquier póliza automotriz en la medida admisible por la ley

- Cobertura de pagos médicos de locales o de propietarios
- Cobertura de seguros de locales o de propietarios
- Cualquier otro pago de cualquier procedencia destinado a compensarlo por lesiones de Terceros

Tenemos derecho a cobrar estos costos en su nombre. Podemos hacerlo con o sin su consentimiento, directamente de esa persona o empresa. Nuestro derecho tiene prioridad, excepto si la ley establece lo contrario. Podemos cobrar parte del monto total de cualquier cobro, sin importar si:

- La totalidad o parte del cobro está destinada a gastos médicos o
- El cobro es menor que el monto necesario para reembolsarle totalmente por la enfermedad o lesión

Derecho de reembolso

Esta estipulación se aplica además de los derechos descritos anteriormente. Puede cobrar dinero mediante una demanda, un acuerdo o de otra manera. Si esto ocurre, tiene la obligación de reembolsarnos el costo de los Servicios de Cuidado de la Salud, suministros, medicamentos y gastos por los que pagamos o pagaremos. Este derecho a reembolso se ejerce cuando hemos provisto beneficios de cuidado de la salud para gastos cuando un Tercero es responsable y usted ha cobrado cualquier monto de cualquier origen. Esto incluye, entre otros:

- Pagos realizados por un Tercero
- Pagos realizados por cualquier compañía de seguros en representación del Tercero
- Cualquier pago o indemnización en virtud de una póliza de cobertura de un conductor no asegurado o con seguro insuficiente
- Cualquier indemnización o acuerdo por discapacidad
- PIP contra todo riesgo o MedPay en virtud de cualquier póliza automotriz en la medida admisible por la ley
- Cobertura de pagos médicos de locales o de propietarios
- Cobertura de seguros de locales o de propietarios
- Cualquier otro pago de cualquier procedencia destinado a compensarlo y del cual un Tercero es responsable

Tenemos derecho a recibir un reembolso de hasta el monto de cualquier pago recibido por usted en la medida admisible por la ley, sin importar si (a) la totalidad o parte del pago que recibió fue designado, asignado o caracterizado como pago por gastos médicos; o (b) el pago es por un monto menor que el necesario para compensarlo totalmente por la enfermedad o lesión.

Cooperación de los Miembros

Además, usted acepta:

- Notificar oportunamente y por escrito a Tufts Health Direct cuando se notifique a cualquier Tercero o representante de un Tercero sobre la intención de investigar o realizar una Reclamación de cobro de daños u obtener compensación
- Cooperar con nosotros y proveernos la información solicitada
- Hacer lo que sea necesario para proteger nuestros derechos de Subrogación y reembolso en virtud de este Plan

- Asignarnos todos los beneficios de Terceros a los que tiene derecho. Su asignación será como máximo igual al costo de los Servicios de Cuidado de la Salud, suministros y gastos que pagamos o pagaremos por su enfermedad o lesión
- Darnos derecho de retención de primera prioridad sobre cualquier cobro, acuerdo, decisión u otra fuente de compensación a la que podría acceder cualquier Tercero. Usted acepta hacer esto en la medida del costo total de todos los beneficios relacionados con la responsabilidad de Terceros
- No tomar acciones que perjudiquen nuestros derechos según se establecieron anteriormente. Esto incluye, entre otros, abstenerse de aceptar cualquier acuerdo o cobro que tenga la intención específica de reducir o excluir el costo total de todos los beneficios provistos por este Plan
- Desempeñarse como fideicomisario constructivo de los beneficios de este Plan respecto de todos los fondos de acuerdos o cobros recibidos como resultado de la responsabilidad de Terceros
- Que podamos recuperar el costo total de todos los beneficios provistos por este Plan sin tener en cuenta ninguna Reclamación de responsabilidad de su parte, ya sea por negligencia comparativa o de otra manera
- Que no se puedan descontar costos de juzgados u honorarios de abogados de nuestro cobro
- Que no estemos obligados a pagar ni a contribuir al pago de los costos judiciales ni de los honorarios de los abogados
- contratados por usted para llevar a cabo su Reclamación o demanda contra cualquier Tercero
- Que en el caso que usted o su representante no coopere con Tufts Health Direct, usted será responsable de todos los beneficios provistos por este Plan, además de los costos y honorarios de abogados incurridos por Tufts Health Direct para fines de obtener compensación

Compensación del Trabajador

Los empleadores proveen a sus empleados un seguro de Compensación del Trabajador para protegerlos en caso de enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo.

Si usted tiene una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, usted y su empleador deben asegurarse de que todas las Reclamaciones médicas relacionadas con la enfermedad o lesión se facturen a la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador de su empleador. No proveeremos cobertura para ninguna lesión o enfermedad para la cual se determine que el Miembro tiene derecho a recibir beneficios en virtud de cualquier estatuto del seguro de Compensación del Trabajador o responsabilidad del empleador equivalente, o ley de indemnización (sin importar si el empleador obtuvo o no cobertura del seguro de Compensación del Trabajador, según lo exige la ley).

Si pagamos los costos de Servicios de Cuidado de la Salud o medicamentos por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, tenemos derecho a cobrarle esos costos a usted, a la persona o la empresa legalmente obligada a pagar por tales servicios o al Proveedor. Si su Proveedor nos factura servicios o medicamentos por alguna enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, los Miembros deben llamar a Servicios para Miembros: 888-257-1985.

Fideicomiso constructivo

Al aceptar los beneficios de Tufts Health Direct (ya sea que el pago de dichos beneficios se le haga a usted directamente o se haga en su nombre, por ejemplo, a un Proveedor), usted acepta por este medio que si recibe cualquier pago de cualquier parte responsable como resultado de una lesión, enfermedad o condición, usted servirá como un fideicomisario constructivo sobre los fondos que constituyen dicho pago. No retener dichos fondos en fideicomiso se considerará como incumplimiento de su obligación fiduciaria ante Tufts Health Direct.

Agente de Subrogación

Podemos contratar a un tercero para que administre los cobros de Subrogación. En tal caso, el subcontratista actuará como nuestro agente.

Accidentes en vehículos motorizados y/o lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo

Si sufre un accidente en un vehículo motorizado, sin importar de quién sea la culpa, podría tener derecho a beneficios médicos en virtud de su cobertura de automóviles o la de la otra persona. Estos beneficios se conocen como beneficios de Protección contra Lesiones Personales (PIP) y Pagos Médicos (MedPay). Los beneficios de PIP en virtud de la póliza de automóviles pagan en primer lugar, hasta $2,000 en gastos médicos y funerarios. Después de agotar los beneficios de PIP, nuestra cobertura pasa a ser la cobertura primaria. Si pagamos los servicios médicos relacionados con su accidente en un vehículo motorizado antes de que se agoten los beneficios de PIP, podríamos cobrar el costo de esos beneficios de la manera descrita anteriormente. MedPay es siempre secundario a nuestra cobertura. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de denegación de una compañía de seguros de automóviles para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor. En el caso de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador será el primer responsable de esos gastos. Debe enviarnos una explicación de pago o cartas de denegación de la compañía de seguros a cargo de la Compensación del Trabajador para que consideremos pagar la Reclamación que nos envíe su Proveedor.

Otras disposiciones

Uso y divulgación de información médica

Tufts Health Plan les envía por correo postal a todos los Suscriptores una Notificación de las Políticas de Privacidad por separado para explicar cómo se usa y divulga su información médica. Si tiene preguntas o desea recibir otra copia de nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad, llame a un Representante de Servicios para Miembros al 888-257-1985. La información también está disponible en nuestro sitio web tuftshealthplan.com.

Relaciones entre Tufts Health Plan y los Proveedores

Tufts Health Plan y los Proveedores

Nosotros coordinamos los Servicios de Cuidado de la Salud. No proveemos Servicios de Cuidado de la Salud. Tenemos acuerdos con Proveedores que ejercen en sus consultorios privados en toda el Área de Servicio. Estos Proveedores son independientes. No son empleados, agentes ni representantes de Tufts Health Plan. Los Proveedores no están autorizados a:

- Cambiar esta Evidencia de Cobertura o
- Suponer o crear alguna obligación para Tufts Health Plan

No somos responsables por actos, omisiones, declaraciones u otra conducta por parte de un Proveedor.

Circunstancias fuera del control razonable

Tufts Health Plan no será responsable por una falla o retraso en la coordinación de la provisión de servicios en casos de circunstancias fuera de nuestro control razonable. Dichas circunstancias incluyen, entre otras: Catástrofes, epidemias, huelgas, guerras, disturbios e insurrecciones civiles. En tales circunstancias, haremos un esfuerzo de buena fe para coordinar la provisión de servicios. Al hacerlo, tomaremos en cuenta el impacto del evento y la disponibilidad de Proveedores de la Red.

Anexo A: Glosario

Administración de la Utilización: Nuestro proceso que evalúa si los Servicios de Cuidado de la Salud provistos a los Miembros son: (1) Médicamente Necesarios; y (2) provistos de la manera más adecuada y eficiente.

Administrador de Inscripciones: Un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio estatal de seguros de salud. Tufts Health Direct se ofrece por medio de los Administradores de Inscripciones, HSA Insurance y Small Business Service Bureau (SBSB). Esto también puede referirse al Departamento de Recursos Humanos si estás inscrito en un plan para grupos pequeños.

Agencia de Revisión Externa: Una empresa acreditada que tiene contrato con la Office of Patient Protection y es independiente de Tufts Health Plan que supervisa nuestras decisiones de cobertura. Los Proveedores de la Agencia de Revisión Externa designada revisan todos los registros médicos de conformidad con estándares médicos objetivos y basados en evidencias para tomar una decisión final sobre la Determinación Adversa Definitiva de un Miembro.

Año del Plan: El período consecutivo de 12 meses durante el cual se compran y administran los beneficios del Plan de salud. Las responsabilidades del Costo Compartido y los límites de beneficios se aplican a cada Año del Plan. En algunos casos, el primer Año del Plan no será de 12 meses completos. También denominado como Año de Beneficios.

Apelación Interna Estándar: Una solicitud verbal o escrita para que Tufts Health Plan revise una Determinación Adversa. Revisaremos y decidiremos sobre la solicitud de Apelación Interna Estándar en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibimos la solicitud.

Apelación Interna Expedita: Una solicitud verbal o escrita para que se revise rápidamente una Determinación Adversa. Esto está disponible cuando su vida, salud o capacidad para lograr, mantener o recuperar su función al máximo estarían en riesgo si seguimos nuestros plazos estándar. Revisaremos las Apelaciones Internas Expeditas y decidiremos en un plazo de 72 horas.

Apelación: Consulte Apelación Interna Estándar o Apelación Interna Expedita.

El **Área de Servicio:** El área geográfica dentro de la que Tufts Health Plan ha desarrollado una Red de Proveedores de Tufts Health Direct para proveer el acceso adecuado a los Servicios Cubiertos. Nuestra Área de Servicio está aprobada por Health Connector y la División de Seguros para inscribir Miembros.
El Área de Servicio de Tufts Health Direct abarca todo el territorio continental de Massachusetts; los condados de Dukes y Nantucket no están incluidos.

Asistente Médico (PA): Un profesional médico con capacitación avanzada. Los PA pueden diagnosticar y tratar enfermedades, recetar medicamentos y proveer servicios de cuidado de la salud.

Atención de Urgencia: Una atención provista cuando su salud no está en riesgo grave, pero necesita atención médica inmediata. Los ejemplos en los que pueda ser necesaria la Atención de Urgencia son una fractura o dislocación de los dedos del pie, un corte que necesita puntos pero que ya no sangra, ansiedad extrema repentina o síntomas de una infección del tracto urinario. No se considera como Atención de Urgencia la atención proporcionada después de que se ha tratado y estabilizado una condición urgente y es seguro trasladar al Miembro.

Atención Médica para Pacientes Externos: Los servicios provistos en el consultorio de un Proveedor, una unidad de Cirugía de un Día o de atención ambulatoria, una sala de Emergencias, una clínica para Pacientes Externos u otro tipo de centro. Los Servicios para Pacientes Externos incluyen los servicios que no sean Servicios para Pacientes Hospitalizados.

Atención Primaria: La primera parada del cuidado de la salud. Incluye ayuda médica básica, servicios preventivos y gestión continua de problemas de salud comunes. Su PCP provee estos servicios con el objetivo de mantenerlo saludable y abordar necesidades médicas que no sean de Emergencia.

Autorización: consulte Autorización Previa.

Autorización Previa (PA): El permiso de Tufts Health Plan antes de que comience un tratamiento propuesto. Hay dos razones por las que se puede requerir una Autorización Previa. Una se basa en el Servicio Cubierto específico. La otra es si el Proveedor no es parte de la Red de Tufts Health Direct. Sus Proveedores saben cuándo y cómo solicitar una Autorización Previa. Si no se aprueba la Autorización Previa antes de que reciba la atención, se denegará la cobertura. Deberá pagar por los servicios que recibió.

Centro de Atención de Urgencia (UCC) Independiente: Un centro médico que ofrece tratamiento para lesiones que no ponen en peligro la vida y enfermedades que requieren atención inmediata. Provee una alternativa a visitar la sala de Emergencias para los miembros que no pueden ver a su PCP con prontitud. Un UCC no forma parte de un Hospital ni de un sistema Hospitalario y no son una Clínica Médica de Servicio Limitado. Un UCC no trata enfermedades que ponen en peligro la vida. Si tiene una condición grave o que pone en peligro su vida, acuda a la sala de Emergencias.

Centro de Enfermería Especializada: Un centro de hospitalización con licencia que provee cuidados de enfermería especializados a personas que no necesitan servicios Hospitalarios de cuidados agudos.

Circunstancias Apremiantes: Cuando alguien sufre una condición de salud que puede poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar su función al máximo En el caso de los servicios de farmacia, se aplica cuando una persona está recibiendo un plan de tratamiento actual con un medicamento que no está en el Formulario.

Cirugía para Pacientes Externos: Los procedimientos quirúrgicos en los que se espera que el paciente salga el mismo Día o en un plazo de veinticuatro horas. También se conoce como Cirugía de un Día, Cirugía Ambulatoria o Atención Quirúrgica de un Día.

Clínica Médica de Servicio Limitado: Una clínica de atención al público sin cita previa en la que proveen atención Enfermeras Practicantes o Asistentes Médicos licenciados. Por ejemplo, CVS MinuteClinic® ofrece una alternativa a ciertas visitas a la sala de Emergencias para casos que no sean de emergencia o cuando los pacientes no puedan ver a su PCP con prontitud. Trata enfermedades comunes como faringitis estreptocócica, infecciones oculares, de oído, sinusales o bronquiales en pacientes de 24 meses o más. No es adecuada para emergencias, heridas, lesiones, radiografías, puntos de sutura o condiciones que pongan en peligro la vida. Estos casos deben acudir a una sala de Emergencias.

Coaseguro: Un tipo de Costo Compartido. Es un porcentaje fijo del Monto Permitido que debe pagar por un Servicio Cubierto.

Compensación del Trabajador: La cobertura del seguro que los empleadores mantienen de conformidad con la ley federal y estatal para cubrir las lesiones y las enfermedades de los empleados bajo ciertas condiciones.

Condición Grave y Compleja: Una enfermedad o condición aguda que requiere tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad de muerte o daño permanente; o Una enfermedad o condición crónica que (i) pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y (ii) requiere atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado.

Consulta: Cualquier pregunta o solicitud que tenga para nosotros.

Continuidad de la Atención: La forma en que nos aseguramos de que siga recibiendo la atención que necesita cuando su médico no está Dentro de la Red. Esto puede ocurrir si recibe atención activa cuando se convierte en Miembro por primera vez. También puede ser cuando uno de nuestros Proveedores abandona nuestra Red por motivos que no sean de calidad o Fraude.

Contrato Grupal: El acuerdo entre Tufts Health Plan y el Grupo bajo el cual acordamos proveer cobertura Grupal y en el que el Grupo acuerda pagar una Prima en su nombre. El Contrato Grupal incluye este Manual del Miembro, también llamado Evidencia de Cobertura.

Cónyuge: El Cónyuge legal del Suscriptor, según la ley del estado en el que el Suscriptor reside. Esto incluye al Cónyuge divorciado, según lo exige la ley de Massachusetts. Cónyuge también incluye al equivalente conyugal del Suscriptor. Se refiere a alguien que esté registrado como pareja de hecho, pareja de unión civil o cualquier otra pareja legalmente reconocida del Suscriptor. La persona debe residir en una jurisdicción estatal o municipal que le otorgue dicho reconocimiento legal o derechos conyugales equivalentes.

Coordinación de Beneficios: Un programa que previene la duplicación del pago por los mismos servicios cuando tiene más de un Plan de seguro de salud.

Copago: Un tipo de Costo Compartido. Es un monto fijo que puede tener que pagar por un Servicio Cubierto.

Costo Compartido: El monto que paga por determinados Servicios Cubiertos. El Costo Compartido incluye Deducibles, Copagos y/o Coaseguro.

Crédito Fiscal Anticipado para el Pago de Primas (APTC): Un crédito fiscal que puede usar para reducir su Prima mensual. El APTC se basa en sus ingresos y en la información de su hogar. Para calificar, debe solicitar y adquirir el seguro a través de Health Connector.

Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA): Una cuenta de ahorros especial para gastos médicos. Le permite reservar dinero antes de descontar impuestos de su sueldo. Los fondos de la HSA se pueden usar para gastos de cuidado de la salud, como visitas al médico, recetas y tratamientos médicos. Los fondos no se pueden usar para pagar las Primas. Para calificar para una HSA, debe tener un Plan de seguro de salud con un Deducible alto.

Cuidado de Custodia:

- Cuidados provistos principalmente para ayudar en las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer y mantener la higiene y seguridad personal
- Cuidados, que no sean de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias, provistos principalmente para mantener la seguridad del Miembro o de cualquier otra persona, cuando ningún otro aspecto del tratamiento requiera un nivel de atención Hospitalaria aguda
- Servicios que podrían ser provistos por personas sin conocimientos o capacitación profesional
- Mantenimiento de rutina de colostomías, ileostomías y catéteres urinarios
- Guardería pediátrica y de adultos

Nota: El Cuidado de Custodia no está cubierto por Tufts Health Plan.

Cuidado Preventivo: El cuidado de la salud de rutina que incluye revisiones, chequeos y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Los servicios de Cuidado Preventivo deben estar cubiertos sin Costo Compartido de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Deducible: Un tipo de Costo Compartido. Es el monto que usted paga por determinados Servicios Cubiertos en un Año del Plan antes de que nosotros comencemos a pagar.

Dentro de la Red: Un Proveedor que tiene contrato con Tufts Health Direct para proveer Servicios Cubiertos a los Miembros.

Departamento de Salud y Servicios Humanos: El departamento del gobierno de Estados Unidos encargado de todos los programas federales relacionados con la salud y el bienestar.

Desembolso Máximo (MOOP): El monto máximo de Costo Compartido que debe pagar en un Año del Plan por los Servicios Cubiertos. Todos los Planes Tufts Health Direct tienen un Desembolso Máximo.

Determinación Adversa Definitiva: Una Determinación Adversa tomada después de agotarse todos los recursos disponibles a través de nuestro proceso de Apelación formal.

Determinación Adversa: Nuestra decisión de denegar, reducir, modificar o cancelar una admisión, estadía continua como Paciente Hospitalizado, servicio Experimental/en Investigación o cualquier otro servicio, por no cumplir los requisitos de cobertura, basados en Necesidad Médica, adecuación de entorno de cuidado de la salud y su nivel o efectividad.

Día: Un día calendario, a menos que se especifique que es un “día hábil”.

Directorio de Proveedores: Una lista de los centros y los profesionales de cuidado de la salud que tienen contrato con Tufts Health Direct, como todos los PCP, Especialistas ordenados por especialidad, Hospitales, salas de Emergencias y Centros Comunitarios de Salud Conductual (CBHC), farmacias, Servicios Auxiliares y servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias. El Directorio de Proveedores está disponible en línea o en papel.

Emergencia: Una condición médica o de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias con síntomas graves que requieren atención médica inmediata. Si no se aborda con prontitud, su salud podría verse seriamente comprometida. En el caso de una persona embarazada, la salud de la persona y/o del feto está en riesgo. Este peligro puede provocar daños importantes en las funciones corporales o afectar cualquier órgano o parte del cuerpo.
Algunos ejemplos de condiciones que necesitan atención de Emergencia incluyen dolor intenso, una pierna rota, pérdida del conocimiento, vómitos con sangre, dolor en el pecho, dificultad para respirar, impulsos incontrolables de hacerse daño a sí mismo o a otros, o una condición médica que se esté deteriorando rápidamente.

Enfermedad Terminal: Tener una esperanza de vida de seis meses o menos, según lo certificado por un Proveedor Dentro de la Red.

Enfermera Practicante (NP): Una enfermera registrada con capacitación avanzada. Las NP pueden diagnosticar y tratar enfermedades, recetar medicamentos y proveer servicios de cuidado de la salud.

Equipo Médico Duradero (DME): Dispositivos o instrumentos de naturaleza duradera que:
- Son razonables y necesarios para mantener un umbral mínimo de vida diaria independiente;
- Son fabricados principalmente para cumplir un propósito médico;
- No son útiles en ausencia de enfermedades o lesiones;
- Pueden soportar un uso repetido; y
- Pueden usarse en el hogar.

Especialista: Un médico que está capacitado para proveer servicios especializados. Los ejemplos incluyen cardiólogos, psicólogos, obstetras y dermatólogos.

Evidencia de Cobertura (EOC): (también conocida como *Manual del Miembro* o *Manual*): Este documento y cualquier modificación futura. La EOC también incluye la Lista de Beneficios de su Plan, el Formulario y cualquier modificación que podamos enviarle.

Factura Sorpresa: Una factura inesperada que puede recibir si obtiene servicios de un proveedor Fuera de la Red: (1) en una emergencia o (2) mientras recibía un servicio de un Proveedor o centro Dentro de la Red y no seleccionó a sabiendas al Proveedor Fuera de la Red.

Familiar Dependiente: El Cónyuge, Hijo o Familiar Dependiente Discapacitado del Suscriptor.

Familiar Dependiente Discapacitado El Hijo del Suscriptor que:
- Se encuentra actualmente discapacitado física o mentalmente; y
- Sigue dependiendo económicamente del Suscriptor debido a su discapacidad;

Fecha de Entrada en Vigor: La fecha en que usted se convierte en Miembro de Tufts Health Direct y es elegible para recibir Servicios Cubiertos de los Proveedores de Tufts Health Direct.

Fisioterapia: El tratamiento de enfermedades o lesiones por medios físicos y mecánicos. Los ejemplos incluyen masajes, ejercicio regulado o terapia con agua, luz, calor o electricidad.

Formulario: Nuestra lista de medicamentos cubiertos. Consulte la lista en tuftshealthplan.com/member/tufts-health-direct-plans/pharmacy.

Formulario de Representante Designado: Un formulario para elegir a un Representante que actúe en su nombre y autorice a Tufts Health Plan a divulgar su Información Médica Protegida.

Fraude, derroche y abuso: El fraude incluye hacer o permitir que otra persona haga declaraciones falsas para obtener servicios, artículos o pagos no autorizados. El desperdicio incluye usar excesivamente servicios u otras prácticas que generan costos innecesarios para el Plan. El abuso consiste en pagar por artículos o servicios cuando no existe ningún derecho legal que justifique dicho pago. Puede tratarse de una tergiversación sin intención.

Gestión de Calidad: El proceso que usamos para monitorear y mejorar la calidad de la atención que nuestros Miembros reciben.

Grupo Pequeño: Un empleador u otra entidad legal con la que Tufts Health Plan tiene un acuerdo para proveer cobertura Grupal. Un Grupo de empleador sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA) de 1974, con sus enmiendas, es el patrocinador del Plan de conformidad con la ERISA. Si está cubierto bajo un Contrato Grupal, el Grupo es su agente y no es el agente de Tufts Health Plan.

Health Connector: Un mercado de seguros de salud estatal establecido bajo la ACA. Ayuda a los Residentes de Massachusetts a encontrar planes de seguros de salud asequibles, ofreciéndoles subsidios y facilitándoles la inscripción. Además, Health Connector revisa y aprueba los Planes de Salud Calificados (QHP por sus siglas en inglés) para garantizar que cumplan con los estándares de calidad y cobertura para los consumidores.

Hijo: Una de las siguientes personas, hasta el último Día del mes en que cumple 26 años:

- El Hijo biológico, el hijastro o el Hijo Adoptivo del Suscriptor o de su Cónyuge
- El Hijo Dependiente de un Hijo inscrito
- Un Hijo adulto Discapacitado del Suscriptor, su Cónyuge o pareja de hecho, que esté actualmente discapacitado y siga dependiendo económicamente del Suscriptor.
- Un Hijo de quien el Suscriptor, su Cónyuge o pareja de hecho es el tutor legal designado por un tribunal

Hijo Adoptivo: Un Niño adoptado legalmente por el Suscriptor o colocado en adopción con él. “Colocado en adopción” significa que el Suscriptor ha asumido la obligación legal de mantener al Niño parcial o totalmente en preparación para la adopción. Si la obligación legal terminara, se considerará que el Niño deja de estar colocado para adopción. Un Niño en acogida también se considera un Hijo Adoptivo a partir de la fecha de presentación de la petición de adopción, según lo exige la ley estatal. Consulte también Familiar Dependiente.

Hospital: Un centro con licencia que ofrece atención médica y quirúrgica a pacientes con enfermedades o lesiones agudas. Debe estar inscrito en American Hospital Association (AHA) o acreditado por The Joint Commission.

Hospital de Rehabilitación: Un centro con licencia para proveer servicios terapéuticos para que los pacientes recuperen la función después de una lesión o una enfermedad. Estos centros proveen Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Terapia del Habla y servicios de atención de Enfermería Especializada.

HSA Insurance: Un Administrador de Inscripciones. Ofrece los Planes Tufts Health Direct en un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio de seguros de salud del estado.

Información Médica Protegida (PHI): Toda la información (verbal, escrita o electrónica) acerca de su salud o condición física o mental pasada, presente o futura. La PHI incluye información sobre su cuidado de la salud o el pago de su cuidado de la salud. La PHI también incluye cualquier información médica que una persona pueda usar para identificarlo.

Información Necesaria: Incluye, entre otras cosas, los resultados de cualquier evaluación clínica en persona, consultas, segunda opinión, análisis de laboratorio, imagenología y/o terapias previas

Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA): Una ley de reforma del cuidado de la salud de Estados Unidos. El objetivo de la ACA es aumentar el acceso al cuidado de la salud. Su objetivo es ayudar a reducir costos y mejorar la calidad. También pone fin a las exclusiones por condiciones preexistentes.

Línea de ayuda para la salud conductual (BHHL): Una línea de atención clínica disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuenta con personal cualificado en salud mental y trastornos por consumo de sustancias, así como con compañeros mentores. La BHHL ofrece evaluación clínica, referidos a tratamientos y servicios de triaje de crisis. La Línea de Ayuda está disponible en más de 200 idiomas, 24 horas al día, 7 días a la semana, 365 días al año.

Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine. 888-MY-RN-LINE (888-697-6546). Esta es una línea de ayuda gratis con profesionales de la salud dedicados. Puede obtener información y apoyo sobre síntomas, diagnósticos, tratamientos y pruebas solicitadas por su Proveedor. Nota: Línea de Enfermera, 24/7 NurseLine no provee asesoramiento médico ni reemplaza a su Proveedor.

Lista de Beneficios: La sección incluida en el Anexo B al final de este Manual del Miembro. Provee una descripción general de los Servicios Cubiertos por su Plan Tufts Health Direct. Indica los beneficios, los montos de Costo Compartido, los requisitos de Autorización Previa y los límites en los beneficios que cubre su póliza.

Manual: Lo mismo que el Manual del Miembro y la Evidencia de Cobertura (EOC).

Manual del Miembro: Este documento. Detalla los Servicios Cubiertos que recibe con Tufts Health Direct. Es nuestro contrato con usted e incluye cualquier enmienda u otro documento que se agregue a los detalles de los Servicios Cubiertos.

Medicamentos de beneficios médicos: Un medicamento recetado para tratar una afección médica, de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias que se te administre (1) en el consultorio de un médico u otro centro médico ambulatorio, o (2) en tu casa mientras recibes servicios de atención médica en el hogar o medicamentos administrados por servicios de infusión en el hogar. Los medicamentos de beneficios médicos no pueden administrarse por cuenta propia. La expresión "no pueden administrarse por cuenta propia" significa que un profesional de la salud debe supervisar o dar los medicamentos. Cuando un miembro recibe medicamentos en casa, la frase “no puede ser autoadministrado” también incluirá los casos en que un familiar o amigo haya sido capacitado para administrar el medicamento y se requiera supervisión continua por parte de personal médico calificado.

Miembro: Una persona inscrita en Tufts Health Plan Direct bajo un Plan individual o Grupal. También nos referimos al Miembro como “usted”.

Monto Facturado: El monto que cobra un Proveedor por un medicamento o servicio. Este monto suele ser diferente al Monto Permitido que contratamos con nuestros Proveedores.

Monto Permitido: El precio que negociamos con los Proveedores Dentro de la Red para brindar Servicios Cubiertos a los Miembros de Tufts Health Direct. Las responsabilidades del Deducible y Coaseguro se basan en el Monto Permitido.

Nivel Federal de Pobreza (FPL): El ingreso mínimo necesario para cubrir los gastos básicos de vida. Lo establece cada año del gobierno de Estados Unidos. El FPL varía según el tamaño y la dirección del hogar.

Notificación de las Políticas de Privacidad: Un documento que le informa cómo usamos y divulgamos su Información Médica Protegida (PHI) y sus derechos de privacidad. Le enviamos nuestra Notificación de las Políticas de Privacidad al momento de la inscripción.

Observación: Servicios que implica el uso de servicios Hospitalarios para recibir tratamiento y evaluación. El objetivo es brindar el alta dentro de 48 horas o el diagnóstico y el plan de tratamiento. En algunos casos, una estadía de Observación puede dar lugar a una admisión como Paciente Hospitalizado para recibir tratamiento adicional.

Período de Espera: Un período específico inmediatamente posterior a la Fecha de Entrada en Vigor de la cobertura de un Miembro elegible según el Plan de salud durante el cual el Plan no paga por parte o por la totalidad de los gastos médicos. No hay Período de Espera para la cobertura de Tufts Health Direct.

Plan ConnectorCare: Un Plan no Grupal subsidiado disponible para personas con un ingreso familiar de entre 0% y 300% del Nivel Federal de Pobreza. Los Miembros deben solicitar y contratar un Plan ConnectorCare a través de Health Connector.

Plan de Beneficios de Salud (o **Plan**)**:** Un contrato individual o Grupal de mantenimiento de la salud emitido por una organización de mantenimiento de la salud.

Plan de Salud con un Deducible Alto (HDHP): Un plan que está sujeto a las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) que exigen que se cumpla con un Deducible mínimo antes de que el Plan de salud provea cobertura para Atención no Preventiva. Para obtener información adicional sobre las normas que rigen los Planes HDHP, consulte irs.gov/publications/p969.

Plan Grupal: El Plan de un empleador u otra entidad legal con la que Tufts Health Plan tiene un acuerdo para proveer cobertura Grupal. Un Grupo de empleador sujeto a la Ley de Garantía de Ingresos de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA por sus siglas en inglés), con sus enmiendas, es el patrocinador del Plan de conformidad con la ERISA. Si está cubierto bajo un Plan Grupal, el Grupo es su agente y no es el agente de Tufts Health Plan.

Plan: El Plan Tufts Health Direct específico en el que se inscribió. Cada Plan tiene estructuras de Primas y Costo Compartido diferentes. Su Tarjeta de Identificación de Miembro indica el nombre de su Plan.

Podólogo: Un Especialista que provee servicios médicos y quirúrgicos para el cuidado de los pies.

Prima: La factura mensual que se paga a Health Connector o a su Administrador de Inscripciones por sus beneficios de Tufts Health Direct.

Profesional de Salud Mental Licenciado: Un médico licenciado que se especializa en la práctica de la psiquiatría, un psicólogo licenciado, un trabajador social clínico independiente licenciado, un trabajador social certificado licenciado, un consejero de salud mental licenciado, un consejero de salud mental supervisado licenciado, una enfermera psiquiátrica licenciada que está certificada como especialista clínica en salud mental, una Enfermera Practicante licenciada en psiquiatría y salud mental, un Asistente Médico licenciado que ejerce en el área de psiquiatría, un consejero en consumo de alcohol y drogas I licenciado según se define en la sección 1 del capítulo 111J de la Ley General de Massachusetts, o un terapeuta familiar y de pareja licenciado dentro del ámbito legal de la práctica de dicho terapeuta.

Proveedor: Una persona, centro, agencia, institución, organización u otra entidad con las licencias y acreditaciones correspondientes que tiene un contrato con Tufts Health Plan, o con su subcontratista, para prestar Servicios Cubiertos según este contrato.

Proveedor Fuera de la Red: Un Proveedor con quien no tenemos contrato para proveer Servicios Cubiertos a los Miembros.

Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP): Un Proveedor de Tufts Health Direct que usted elige de nuestro Directorio de Proveedores o que nosotros le asignamos. Su PCP ofrece atención médica general para problemas de salud comunes y coordina los Servicios Cubiertos. Sirven como punto de partida para toda la atención médica y pueden referirlo a Especialistas si es necesario. Los PCP deben ser médicos de práctica familiar, medicina interna, medicina general, medicina adolescente y pediátrica, u obstetricia/ginecología, certificados por la junta o elegibles para la certificación. También puede elegir a una Enfermera Practicante o un Asistente Médico licenciado como su PCP. Las personas con discapacidades, incluyendo aquellas con VIH/SIDA, pueden tener un PCP de otras especialidades.

Proveedor Sustituto: El Proveedor nombrado por su PCP para proveer o autorizar servicios en ausencia de su PCP, por ejemplo, fuera del horario de atención. Un Proveedor Sustituto es un Proveedor que puede ayudarlo cuando su PCP no está disponible.

Queja: Cualquier expresión de insatisfacción de parte suya o de su Representante Designado sobre cualquier acción o inacción por parte de Tufts Health Plan.

Reclamación: Una factura que su Proveedor nos envía para solicitarnos que paguemos por los servicios que usted recibe.

Reconsideración de una Apelación Interna Estándar: Una solicitud hecha por usted o su Representante Designado para que revisemos por segunda vez nuestra decisión de Apelación Interna Estándar. Revisaremos y decidiremos en un plazo de 30 Días a partir de la fecha en que recibamos la solicitud.

Red: El grupo colectivo de Proveedores de cuidado de la salud que tienen contrato con Tufts Health Direct para proveer Servicios Cubiertos. Los Proveedores de la Red están ubicados por toda el Área de Servicio.

Representante Designado (o **Representante**): La persona que usted elige por escrito para tomar decisiones relacionadas con su Plan de beneficios y recibir información relacionada con el cuidado de su salud.

Residente: Una persona que vive en Massachusetts. El confinamiento en un hogar de ancianos, un Hospital u otra institución no es razón suficiente para calificar a una persona como Residente.

Revisión de la Utilización: Nuestro proceso de revisión de información de médicos y otros profesionales clínicos para ayudarnos a decidir cuáles son los servicios que usted necesita para mejorar o mantenerse saludable. Nuestros métodos formales de revisión nos permiten evaluar la necesidad clínica, adecuación o eficiencia de los Servicios Cubiertos y los entornos. Los métodos de revisión pueden incluir, entre otros, revisión ambulatoria, revisión prospectiva, segunda opinión, certificación, revisión concurrente, Gestión de la Atención, planificación del alta o revisión retrospectiva.

Revisión Externa: Una solicitud para que una Agencia de Revisión Externa revise la decisión final de Tufts Health Plan sobre la Apelación Interna Estándar.

Revisión Externa Expedita: Una solicitud para una resolución rápida de una Revisión Externa relacionada con servicios inmediatos y de urgencia. Puede solicitar una Revisión Externa Expedita al mismo tiempo que solicita una Apelación Interna Expedita a Tufts Health Plan.

Servicios Cubiertos: Los servicios que cubre Tufts Health Direct. La Lista de Beneficios que incluimos en este Manual del Miembro incluye todos sus Servicios Cubiertos.

Servicios de Cuidado de la Salud: El diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la curación o el alivio de una condición de salud.

Servicios de Habilitación: Servicios que ayudan a las personas con discapacidad a aprender o mejorar sus habilidades para la vida. Previenen el deterioro de las habilidades y se pueden proveer a Pacientes Hospitalizados y Externos. Los servicios incluyen Fisioterapia, Terapia Ocupacional y patología del Habla-lenguaje. Estos servicios abordan las habilidades que nunca se aprendieron o adquirieron debido a la condición de discapacidad.

Servicios de Planificación Familiar: Servicios que ayudan a los Miembros a tomar decisiones sobre tener hijos. Los Servicios pueden incluir anticonceptivos, asesoramiento y apoyo médico.

Servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias: Servicios que incluyen servicios de Emergencia, para Pacientes Hospitalizados, intermedios y para Pacientes Externos de salud mental y trastorno por consumo de sustancias para el tratamiento de la salud mental y los trastornos por consumo de sustancias.

Servicios Experimentales o en Investigación: Servicios que no están aprobados para su uso en el cuidado de la salud convencional. Estos servicios suelen formar parte de una investigación médica y aún no se han establecido como práctica estándar. En consecuencia, pueden no ser Médicamente Necesarios. La definición se explica detalladamente en las MNG sobre los *Servicios en Investigación No Cubiertos* que puede revisar en point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines.

Servicios Medicamente Necesarios: Servicios que tienen como objetivo prevenir, diagnosticar, detener el empeoramiento, mejorar, corregir o curar condiciones que pongan en peligro la vida, son dolorosas, incapacitantes o provocan enfermedades. Se alinean con las prácticas médicas aceptadas basadas en la idoneidad, la eficacia comprobada y la evidencia científica. Nuestras Pautas de Necesidad Médica (MNG) están disponibles en nuestro sitio web point32health.org/provider/medical-necessity-guidelines.

Servicios para Miembros: Nuestro equipo que se encarga de responder a todas sus preguntas sobre políticas, procedimientos, solicitudes e inquietudes. Puede comunicarse con ellos llamando al 888-257-1985; línea TTY: 711, para personas con pérdida auditiva parcial o total. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., excepto días festivos.

Servicios para Pacientes Hospitalizados: Servicios que necesitan al menos la estadía de una noche en un entorno Hospitalario. Esto se aplica generalmente a servicios que recibe en centros con licencia, como Hospitales y Centros de Enfermería Especializada.

Small Business Service Bureau (SBSB): Un Administrador de Inscripciones. Ofrece los Planes Tufts Health Direct en un mercado de beneficios que no forma parte del intercambio de seguros de salud del estado**.**

Subrogación: El procedimiento por el cual Tufts Health Plan puede recuperar el costo total o parcial de los beneficios pagados por parte de un tercero (“Tercero”) o entidad, como una compañía de seguros.

Suscriptor: La persona que se inscribe en Tufts Health Direct y en cuyo nombre se paga la Prima de conformidad con un Contrato Grupal o un contrato individual. Para un contrato individual, el Suscriptor debe vivir en Massachusetts. Para un Contrato Grupal, el Suscriptor es un empleado de un Grupo.

Tarifa del Centro: La tarifa que las clínicas, Hospitales o centros independientes pueden cobrar para cubrir sus costos de mantenimiento. En el caso de determinados servicios para Pacientes Externos, es posible que le facturen por separado tanto una Tarifa del Centro como los honorarios médicos por un mismo episodio de atención.

Tarjeta de Identificación de Miembro: Una tarjeta que lo identifica como Miembro de Tufts Health Direct. Su Tarjeta de Identificación de Miembro incluye su nombre y su número de identificación de Miembro. Debe mostrarla a los Proveedores antes de recibir los servicios.

Telehealth: El uso de audio, video, medios electrónicos u otra tecnología de telecomunicaciones sincrónicos o asincrónicos, que incluye, entre otros: (i) tecnología interactiva de audio-video; (ii) dispositivos de monitoreo remoto de pacientes; (iii) teléfono de solo audio; y (iv) entrevistas adaptativas en línea, con el fin de evaluar, diagnosticar, consultar, emitir recetas, tratar o monitorear la condición de salud física, bucal, mental o trastorno por consumo de sustancias de un paciente.

Terapia del Habla: La evaluación y el tratamiento de trastornos del habla, el lenguaje, la voz, la audición y la fluidez.

Terapia Ocupacional: Servicios que ayudar a las personas a obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para realizar las actividades de la vida diaria.

Tufts Health Direct: Tufts Health Public Plans, Inc., una corporación de Massachusetts. Tufts Health Direct tiene licencia de Massachusetts como una organización de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés). También nos referimos a Tufts Health Direct como “nosotros”, “nos”, “nuestro” y “Tufts Health Plan”.

Tufts Health Plan: En este Manual se refiere a Tufts Health Direct.

Visita anual de bienestar: Se trata de una cita anual con tu médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que incluye lo siguiente:

- Una revisión de tu historial médico, antecedentes familiares y riesgos para la salud.
- Controles de tus signos vitales, como la presión arterial, el peso y la altura.
- Exámenes médicos y vacunas

Asesoramiento para prevenir futuros problemas de salud

Anexo B: Lista de Beneficios

Direct ConnectorCare II **79**
Direct ConnectorCare III **88**
Direct ConnectorCare AIAN **97**
Direct Platinum **105**
Direct Gold 1000 ..... **114**
Direct Gold 1600 ..... **123**
Direct Silver 2000 ..... **132**
Direct Silver 2000 II **141**
Direct Silver 2500 HSA **150**
Direct Bronze 2900 ..... **159**
Direct Catastrophic **168**

Direct ConnectorCare II

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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 https://www.tuftshealthplan.com/documents/members/handbooks/direct-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$0	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	$0	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	Médico: $750 Farmacia: $500	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	Médico: $1,500 Farmacia: $1,000	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $18 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Sin cargo	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $18 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $50 por visita	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $50 por estadía	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	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Atención quiropráctica	Copago de $18 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Sin cargo	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el tipo de servicio, por ejemplo, asesoramiento Nutricional, Fisioterapia o atención Quiropráctica
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo. Es posible que se aplique un Costo Compartido adicional según el lugar de servicio	Con cobertura para Miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Sin cargo	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.
Prótesis auditivas	Sin cargo	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	Sin cargo	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $50 por estadía	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo	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.
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 $10	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $20	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $40	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 $20	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $40	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $80	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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	No se requiere Autorización Previa para el transporte de Emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 $50 por visita	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo	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	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $30	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $10 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
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 $50 por visita	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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Tarifa del centro	Copago de $50 por estadía	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Copago de $50 por estadía	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.s.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar	Sin cargo	
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de $18 por visita	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	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo	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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Trasplante de órganos o médula ósea	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	Se requiere Autorización Previa.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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)	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $18 por visita	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.

Direct ConnectorCare III

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$0	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	$0	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	Médico: $1,500 Farmacia: $750	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	Médico: $3,000 Farmacia: $1,500	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $22 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Sin cargo	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $22 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $100 por visita	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $250 por estadía	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	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Atención quiropráctica	Copago de $22 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Sin cargo	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el tipo de servicio, por ejemplo, asesoramiento Nutricional, Fisioterapia o atención Quiropráctica
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo Es posible que se aplique un Costo Compartido adicional según el lugar de servicio	Con cobertura para Miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Sin cargo	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.
Prótesis auditivas	Sin cargo	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	Sin cargo	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $250 por estadía	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo	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.
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 $12.50	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $25	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $50	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 $25	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $50	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $100	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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	No se requiere Autorización Previa para el transporte de Emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 $125 por visita	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo	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	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $60	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $20 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
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 $250 por visita	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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Tarifa del centro	Copago de $250 por estadía	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Copago de $250 por estadía	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de Asesoramiento para Dejar de Fumar	Sin cargo	
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de $22 por visita	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	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo	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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Trasplante de órganos o médula ósea	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	Se requiere Autorización Previa.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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)	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $22 por visita	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.

Direct ConnectorCare AIAN

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Massachusetts Health Connector pone este Plan de Costo Compartido cero a disposición de todos los indios estadounidenses/nativos de Alaska con ingresos inferiores al 300% del FPL que sean elegibles para el APTC federal. 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
Individual	$0
Familiar	$0

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	MONTO
Individual	$0
Familiar	$0

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Asesoramiento nutricional	Sin cargo	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.		
Atención de rutina	Sin cargo	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Sin cargo	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	Sin cargo	
Atención de podología	Sin cargo	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Sin cargo	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

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Atención quiropráctica	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Sin cargo	Máximo de 100 Días en total por Miembro por Año del Plan
Cirugía y procedimientos reconstructivos	Sin cargo	Ciertos servicios pueden requerir Autorización Previa.
Control del dolor	Sin cargo	No es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el tipo de servicio, por ejemplo, asesoramiento Nutricional, Fisioterapia o atención Quiropráctica
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo	Con cobertura para Miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Sin cargo	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.
Prótesis auditivas	Sin cargo	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	Sin cargo	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Sin cargo	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo	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.
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	Sin cargo	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo	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	Sin cargo	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Sin cargo	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de aborto	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de afirmación de género	Sin cargo	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	No se requiere Autorización Previa para el transporte de Emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Sin cargo	
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo	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	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Sin cargo	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. No se presentan límites 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 Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de hospicio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
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	Sin cargo	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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Sin cargo	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico 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 consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por Año del Plan.
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Sin cargo	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Sin cargo	
Servicios y tratamientos de infertilidad	Sin cargo	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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención prenatal que no sea de rutina	Sin cargo	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	Sin cargo	La atención al recién nacido sano está incluida como parte de la admisión de maternidad cubierta.
Bombas para los senos	Sin cargo	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	Sin cargo	Solicite al consultorio de sus Proveedores información sobre la disponibilidad y el acceso a Telehealth.
Trasplante de órganos o médula ósea	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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)	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Sin cargo	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.

Direct Platinum

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$0	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	$0	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	$3,000	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	$6,000	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $40 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20%	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $40 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25%	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50%	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50%	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $150 por visita	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $500 por estadía	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	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Atención quiropráctica	Copago de $40 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $500 por estadía	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el tipo de servicio, por ejemplo, asesoramiento Nutricional, Fisioterapia o atención Quiropráctica
Cuidado del paladar hendido y del labio leporino	Sin cargo Es posible que se aplique un Costo Compartido adicional según el lugar de servicio	Con cobertura para Miembros menores de 18 años. Incluye cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 20%	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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 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 del 20%	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $500 por estadía	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo	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.
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 $10	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $25	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $50	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 $20	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $50	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $150	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $20 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.
Programas para bajar 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 bajar de 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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	No se requiere Autorización Previa para el transporte de Emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 $250 por visita	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Servicios quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo	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	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $150	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $40 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa.
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 $500 por visita	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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Copago de $500 por estadía	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $20 por visita	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $20 por visita	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 $40 por visita	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	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 20%	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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $20 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $40 por visita	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.

Direct Gold 1000

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$1,000	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	$2,000	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	$7,000	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	$14,000	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $40 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $40 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25%	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50%	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50%	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $250 por visita	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $300 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 $40 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $300 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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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 del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $300 por estadía después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 $25	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $45	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $75 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 $50	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $90	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $225 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $20 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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	No se requiere Autorización Previa para el transporte de Emergencia. El transporte en ambulancia terrestre, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 $150 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Copago de $25 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 $35 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $150 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $25 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $40 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 $300 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Copago de $300 por estadía después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $20 por visita	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $20 por visita	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; mamografías de rutina y colonoscopias de rutina

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 $40 por visita	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	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Trasplante de órganos o médula ósea	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	Se requiere Autorización Previa.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $20 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $40 por visita	¡uiere 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.

Direct Gold 1600

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	Médico: $1,600 Farmacia: $180	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	Médico: $3,200 Farmacia: $360	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	$5,900	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	$11,800	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $55 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $55 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $400 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $750 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 $60 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $750 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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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 del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $750 por estadía después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 $25	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $50 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $125 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 $50	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $100 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $375 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $35 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 $75 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $300 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $50 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $55 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 $750 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	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Copago de $750 por estadía después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $35 por visita	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $35 por visita	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 $55 por visita	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 recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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 según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $35 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $55 por visita	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.

Direct Silver 2000

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$2,000	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	$4,000	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	$10,150	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	$20,300	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Copago de $60 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $60 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $350 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	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 $60 por visita	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Pelucas	Coaseguro del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados 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 de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 $55	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $75 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 $110	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $225 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $25 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Copago de $30 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 $60 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $350 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $30 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $60 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	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	Sin cargo 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 para pacientes externos		

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $25 por visita	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $25 por visita	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Copago de $25 por visita	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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 $25 por visita	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 $60 por visita	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 recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $25 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $60 por visita	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.

Direct Silver 2000 II

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$2,000	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	$4,000	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	$10,150	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	$20,300	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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	Sin cargo	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.		
Atención de rutina	Copago de $60 por visita	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $60 por visita	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $350 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Copago de $5 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	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 $60 por visita	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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 del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados 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 de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 $55	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $75 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 $110	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $225 después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Copago de $25 por visita	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Copago de $30 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 $60 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $350 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $30 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $60 por visita	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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	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	Sin cargo 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 para pacientes externos		
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $25 por visita	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Copago de $25 por visita	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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 $25 por visita	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios para alergias		
Pruebas de alergia	Copago de $60 por visita	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 recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $25 por visita	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Copago de $60 por visita	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.

Direct Silver 2500 HSA

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista de Beneficios para su Plan específico. Para saber qué Plan Tufts Health Direct tiene, revise su Tarjeta de Identificación de Miembro del Plan Tufts Health Direct.

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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Según la definición del Servicio de Impuestos Internos (IRS), este Plan es un Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP) compatible con la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Los Planes de Salud con Deducible Alto están sujetos a las normas del IRS que exigen que se alcance un Deducible mínimo antes de que el Plan de salud provea cobertura para Atención No Preventiva. El monto en dólares del Deducible mínimo se ajusta cada año para cumplir con los requisitos del IRS. Para obtener información adicional sobre las normas que rigen los HDHP, consulte irs.gov/publications/p969.

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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 (Plan solo para una persona)	$2,500	El monto del Deducible Anual Individual se aplica cuando hay un solo Miembro inscrito en el Plan.
Familiar (dos Miembros o más)	$5,000	El monto del Deducible Anual Familiar se aplica si hay dos o más Miembros inscritos en el Plan. El Deducible Familiar se alcanza cuando uno o más Miembros del Plan han pagado un total de $4,000 para el Deducible.

DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL	MONTO	NOTAS
Individual	$8,450	Un Miembro puede alcanzar el Desembolso Máximo Anual Individual en un Plan solo para una persona o familiar y luego no tener Costos Compartidos adicionales por los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan.
Familiar	$16,900	Dos o más Miembros de un Plan familiar pueden alcanzar el Desembolso Máximo Familiar y luego ningún Miembro de la familia tendrá Costos Compartidos adicionales por los Servicios Cubiertos durante el resto del Año del Plan.

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.		
Atención de rutina	Copago de $60 por visita después del Deduciblea	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Coaseguro del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $60 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $300 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Copago de $750 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 $60 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Copago de $750 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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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 del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Copago de $750 por estadía después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $60 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $105 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 después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Copago de $120 después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Copago de $315 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 disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo después del Deducible	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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 después del Deducible	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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 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 diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Copago de $60 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 $75 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Copago de $500 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $60 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Copago de $60 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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 $750 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Copago de $750 por estadía después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Copago de $750 por estadía después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión.
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $30 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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 requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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 $60 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 recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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 según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $60 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.

Direct Bronze 2900

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$2,900	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	$5,800	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	$10,150	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	$20,300	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención 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 del 20% después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Copago de $65 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de 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 del 25% después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Coaseguro del 50% después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Coaseguro del 50% después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Copago de $400 después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Coaseguro del 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.
Prótesis auditivas	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 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 del 20% después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan.
Hospital de cuidados agudos prolongados 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 de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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 disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Programas para bajar 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 bajar de 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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 $350 después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Copago de $50 después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Tarifa del centro	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	Sin cargo 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 para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Copago de $30 por visita después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Copago de $30 por visita después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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 requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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)

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, Coaseguro del 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Trasplante de órganos o médula ósea	Consulte *Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados*	Se requiere Autorización Previa.
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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.

Direct Catastrophic

Lista de Beneficios

Esta Lista 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 la Lista 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-manual-para-miembros-2026.

Para recibir los servicios, debe atenderse con Proveedores que forman parte de la Red de Proveedores de Tufts Health Direct. Los servicios Fuera de la Red requieren Autorización Previa, excepto para atención de Emergencia y Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio. En el caso de la Atención Primaria, debe ver al Proveedor Primario de Cuidados Médicos (PCP) que tiene registrado en el Portal para Miembros.

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, para personas con pérdida auditiva parcial o total).

Usted es responsable de pagar los montos de Deducible, Copago y/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	$10,600	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	$21,200	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	$10,600	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	$21,200	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.
Notificación para los Miembros indios estadounidenses y nativos de Alaska (AI/AN): Todos los Miembros indios estadounidenses/nativos de Alaska, independientemente de sus ingresos, pueden inscribirse en un Plan de Costo Compartido limitado en cualquier nivel de precio, lo que significa que no hay Copagos, Deducibles ni Coaseguro cuando reciben atención de Proveedores de cuidado de la salud indios. 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.		
Atención de rutina	Sin cargo después del Deducible	Cobertura para exámenes oftalmológicos de rutina una vez cada 12 meses;
Anteojos para niños (menores de 19 años)	Sin cargo después del Deducible	Anteojos cubiertos una vez cada 12 meses; Una asignación de $150 + 20% de descuento en gastos que excedan la asignación.
Atención médica de los ojos	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 suministro de sangre a los pies.
Atención de urgencia	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. En nuestra Área de Servicio, debe acudir a un UCC que esté en nuestra Red para tener cobertura de servicios. 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.
Atención dental, accidental	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Consulte los costos compartidos asociados para la atención en la sala de emergencias, los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios o la atención urgente.
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: Preventivos y de Diagnóstico	Sin cargo	Se cubren 2 exámenes por año para revisión dental pediátrica para Miembros menores de 19 años.
Tipo II: Servicios Cubiertos Básicos	Sin cargo después del Deducible	
Tipo III: Servicios de restauración mayor	Sin cargo después del Deducible	
Tipo IV: Ortodoncia	Sin cargo después del Deducible	La ortodoncia Médicamente Necesaria requiere Autorización Previa.
Atención en la Sala de Emergencias	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. El Costo Compartido de la Sala de Emergencias no se aplica si se queda para *servicios de Observación,* lo envían para *servicios de Cirugía para Pacientes Externos* o lo ingresan para recibir *atención médica o quirúrgica como Paciente Hospitalizado*.
Atención médica a domicilio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para todos los servicios y especialidades de atención a domicilio.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Atención médica y quirúrgica para Pacientes Hospitalizados		No se requiere Autorización Previa para admisiones como Paciente Hospitalizado desde la sala de Emergencias. Las admisiones planificadas requieren Autorización Previa 5 días hábiles antes de la admisión.
Tarifa del centro	Sin cargo 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	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Centro de Enfermería Especializada	Sin cargo 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 es necesario obtener autorización previa para comenzar el tratamiento. Costo Compartido según el 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 cirugía médica, dental, bucal y facial, seguimiento y servicios relacionados. Consulte los costos compartidos asociados para los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios, atención dental, atención médica para pacientes ambulatorios, terapia del habla, audición y lenguaje y asesoramiento.
Educación y tratamiento de la diabetes	El Costo Compartido varía según el tipo y lugar de servicio.	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Sin cargo para el programa NationsNutrition™. Consulte los costos compartidos asociados para los equipos médicos duraderos, los medicamentos recetados y suministros, las consultas de atención médica para pacientes ambulatorios y el asesoramiento nutricional.
Ensayos clínicos	Según el lugar de servicio	No se requiere autorización previa. Incluye servicios que son médicamente necesarios para el tratamiento de su condición y el costo razonable de un fármaco o dispositivo en investigación aprobado para su uso en el ensayo, pero que no está cubierto de otra manera por su fabricante, distribuidor o proveedor.
Equipo médico duradero (DME)		
Se cubre equipo médico alquilado o comprado para uso doméstico	Sin cargo 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Prótesis auditivas	Sin cargo 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	Sin cargo después del Deducible	Límite de 1 peluca por Año del Plan
Hospital de cuidados agudos prolongados u hospital de rehabilitación aguda	Sin cargo después del Deducible	Máximo de 60 Días en total por Miembro por Año del Plan
Medicamentos de beneficios médicos	Sin cargo 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.
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	Sin cargo después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo 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	Sin cargo después del Deducible	Medicamentos genéricos principalmente
Nivel 2	Sin cargo después del Deducible	Incluye algunos medicamentos genéricos no preferidos y marcas preferidas
Nivel 3	Sin cargo después del Deducible	Incluye medicamentos genéricos de alto costo, marcas no preferidas y medicamentos de Especialidad
MinuteClinic	Sin cargo después del Deducible	No se requiere autorización previa. Una clínica de atención sin cita previa disponible en determinadas ubicaciones de CVS dentro de nuestra área de servicio.
Programas para bajar 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 bajar de 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 condiciones, comuníquese con nosotros llamando al **888-257-1985** para hablar sobre nuestros programas de control de enfermedades.
Pruebas/Tratamiento del COVID-19	Sin cargo	
Reembolso de centro de acondicionamiento físico	Con cobertura por 3 meses	Una vez que cumpla cuatro meses consecutivos como miembro inscrito y haya participado en un centro de acondicionamiento físico estándar en el año del plan vigente, cubrimos hasta $200 de las cuotas de membresía pagadas en dicho año. 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, en caso de soporte vital básico o avanzado, 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	Sin cargo 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 quirúrgicos en consultorios y centros de salud comunitarios	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios de diagnóstico (Servicios de laboratorio, imagenología, radiología y otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos)		
Servicios de laboratorio	Sin cargo 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	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Imagenología avanzada (exploraciones por MRI, CT, PET)	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
Estudios del sueño	Se puede requerir el Costo Compartido para *Visita de atención médica para pacientes externos* o *Atención médica para pacientes hospitalizados* relacionadas	Se requiere Autorización Previa.
Otras pruebas de diagnóstico	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de diálisis	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de habilitación y rehabilitación	Sin cargo 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. No se presentan límites 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 hospicio	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa.
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	Sin cargo 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 de quimioterapia y oncología radioterápica	Sin cargo después del Deducible	Ciertos servicios requieren Autorización Previa.
Servicios de Salud Conductual - Salud Mental y Trastorno por Consumo de Sustancias		
Servicios como paciente hospitalizado		Los niveles de atención de Urgencia y Emergencia de Salud Conductual no requieren Autorización Previa.
Tarifa del centro	Sin cargo después del Deducible	Incluye alojamiento y comida y servicios proporcionados por el centro durante la estadía como paciente hospitalizado.
Honorarios profesionales	Sin cargo después del Deducible	Incluye los servicios de médicos y otros Proveedores profesionales cubiertos
Tratamiento agudo comunitario intensivo (ICBAT) para Niños y adolescentes	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa para la admisión.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Servicios para pacientes externos		
Análisis Conductual Aplicado (ABA)	Sin cargo después del Deducible	Se requiere autorización previa. Incluye evaluaciones, valoraciones, pruebas y tratamiento; cubierto en el hogar, para pacientes ambulatorios o en el consultorio realizado por un analista de conducta certificado o un asistente de analista de conducta certificado, para el tratamiento del trastorno del espectro autista o del síndrome de Down.
Terapia individual/Asesoramiento	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Sin límites de visitas.
Atención intermedia, incluidos servicios de Salud mental y trastorno por consumo de sustancias para niños y adolescentes	Sin cargo después del Deducible	Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios de Salud mental y trastorno por 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	Sin cargo después del Deducible	Ciertos medicamentos pueden requerir Autorización Previa.
Examen de Bienestar de Salud Mental	Sin cargo	Examen anual de bienestar de salud mental realizado por un Profesional de Salud Mental Licenciado Tome en cuenta lo siguiente: Su examen anual de bienestar de salud mental también puede ser provisto por un PCP durante su examen anual físico de rutina.
Instructores de Recuperación y Especialistas por Pares	Sin cargo	No se requiere Autorización Previa.
Servicios de salud preventivos		
Los servicios de salud preventivos consisten en atención médica de rutina que incluye exámenes de detección, evaluaciones y asesoramiento para prevenir enfermedades u otros problemas de salud. Ciertos servicios de salud preventiva pueden requerir autorización previa. Trabaje con su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para utilizar la *política* de servicios preventivos que se encuentra en el *capítulo sobre la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio* de nuestro Manual del Proveedor, que puede consultar en https://point32health.org/provider/provider-manuals/tufts-health-public-plans-provider-manual/ para revisar los requisitos específicos.		
Atención pediátrica de rutina	Sin cargo	Incluye, entre otros, los exámenes médicos anuales de rutina, pruebas de detección, vacunas; pruebas de laboratorio y radiografías de rutina; y análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
Atención de rutina para adultos	Sin cargo	Incluye, entre otros, exámenes de rutina; inmunizaciones; pruebas 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	Sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa. Con cobertura para un máximo de 200 pruebas de alergia por Año del Plan.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
Tratamientos para alergias (inyecciones)	Sin cargo después del Deducible	Nota: La inmunoterapia para alergias cubierta como parte del beneficio de recetas de farmacia puede requerir Autorización Previa e implicar una responsabilidad del Costo Compartido de farmacia por separado.
Visitas al consultorio médico para pacientes externos	Consulte *Visitas de atención médica para Pacientes Externos*	
Servicios y tratamientos de 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.
Servicios Prenatales y atención al Recién Nacido Sano		
Clases de parto	Con cobertura del costo del curso de educación para el parto	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.
Bombas para los senos	Sin cargo si se factura según la Política de Servicios Preventivos; en caso contrario, sin cargo 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.

Servicios Cubiertos	Costo Compartido	Límite de Beneficios y Notas
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 por Proveedores de la Red de Tufts Health Direct. Usted no tiene cobertura para servicios de Proveedores 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 Dentro de la Red. 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 $35 para las primeras 3 visitas no Preventivas al PCP, luego sin cargo después del Deducible	No se requiere Autorización Previa.
Especialista	Sin cargo 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.

Anexo C: Lista de Medicamentos Opioides de Categoría II y III

Los medicamentos de Categoría II y Categoría III se definen conforme a la ley de Massachusetts. Visite www.mass.gov para conocer esas definiciones. De conformidad con la ley de Massachusetts, si le recetan alguno de estos medicamentos y desea recibir una cantidad menor que la recetada, no se le impondrán costos ni multas adicionales. Si surte una cantidad inferior a la recetada de una sustancia opioide controlada de Categoría II y luego decide surtir el resto de la receta original en la misma farmacia dentro de los 30 Días desde la fecha original de la receta, no se aplicarán Copagos ni otros Costos Compartidos adicionales. Esta lista está sujeta a cambios durante el año. Llame a un Representante de Servicios para Miembros al 888-257-1985 para recibir la información más actualizada sobre los medicamentos de Categoría II y III cubiertos por Tufts Health Plan.

Medicamentos de Categoría II

- [acetaminofeno/hidrocodona]
- [acetaminofeno/oxicodona]
- [aspirina/oxicodona]
- [belladona/supositorios de opio]
- [bromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [bromfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina polistirex/hidrocodona polistirex]
- [clorfeniramina/hidrocodona]
- [clorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [clorfeniramina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [dexbromfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [dexclorfeniramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [difenhidramina/hidrocodona/fenilefrina]
- [fentanilo]
- [guaifenesina/hidrocodona/fenilefrina]
- [guaifenesina/hidrocodona/pseudoefedrina]
- [hidrocodona]
- [hidrocodona ER]
- [hidrocodona/homatropina]
- [hidrocodona/ibuprofeno]
- [hidrocodona/fenilefrina/pirilamina]
- [hidrocodona/guaiacolsulfonato de potasio]
- [hidrocodona/pseudoefedrina]

- [hidromorfona]
- [hidromorfona ER]
- [ibuprofeno/oxicodona]
- [meperidina]
- [meperidina/prometazina]
- [metadona]
- [morfina]
- [morfina ER]
- [morfina/naltrexona]
- [naltrexona/oxicodona]
- [oxicodona]
- [oxicodona ER]
- [oximorfona]
- [oximorfona ER]
- [sulfato de codeína]
- [sulfato de morfina ER]
- [tintura de opio]
- [tartrato de levorfanol]
- [tapentadol]

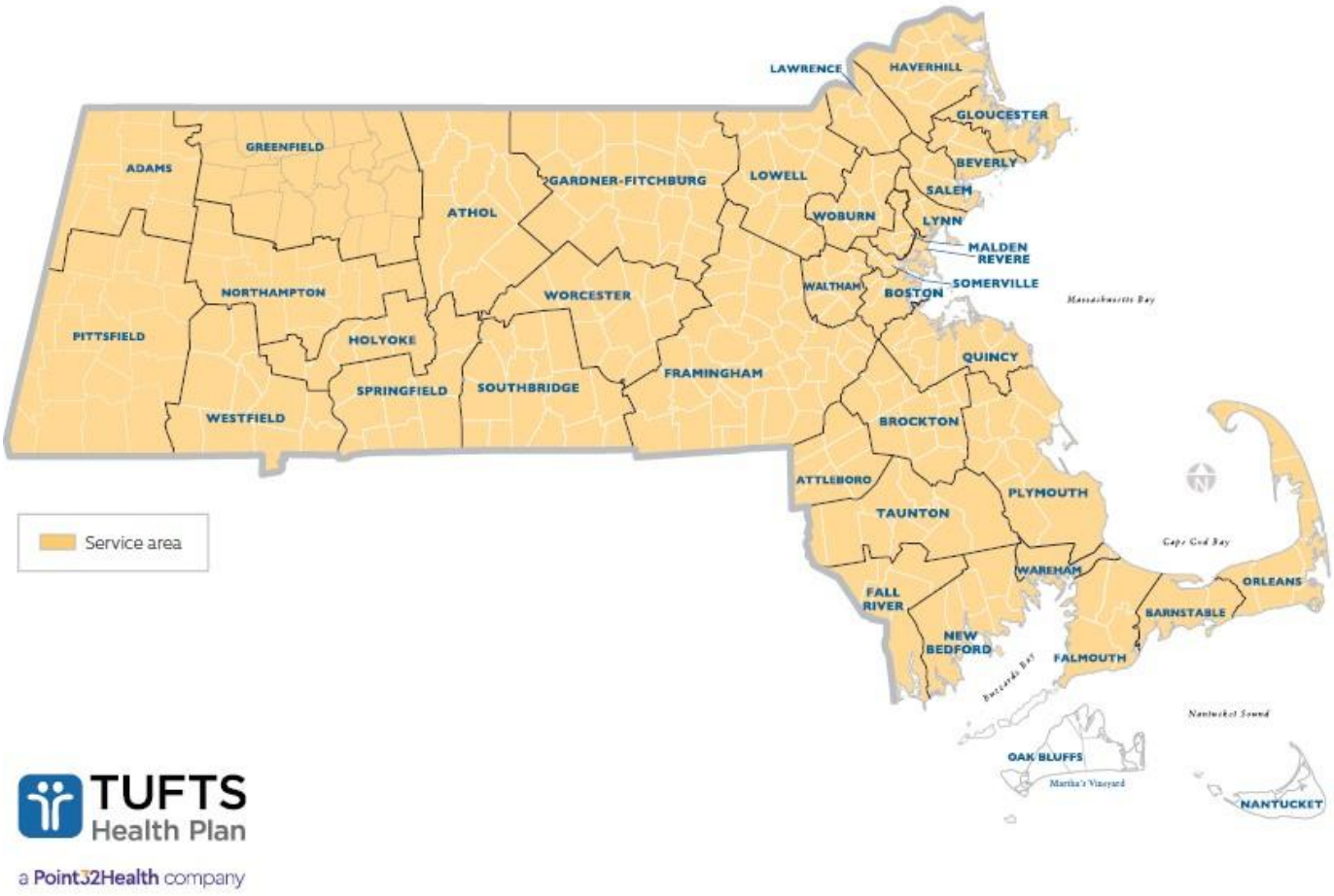
Medicamentos de Categoría III

- [acetaminofeno/butalbital/cafeína/codeína]
- [acetaminofeno/cafeína/dihidrocodeína]
- [acetaminofeno/clorfeniramina/codeína]
- [acetaminofeno/codeína]
- [aspirina/butalbital/cafeína/codeína]
- [aspirina/cafeína/dihidrocodeína]
- [aspirina/carisoprodol/codeína]
- [aspirina/codeína]
- [bromfeniramina/dihidrocodeína/pseudoefedrina]
- [clorfeniramina/codeína]
- [codeína/guaifenesina]

- [codeína/guaifenesina/pseudoefedrina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina]
- [dihidrocodeína/guaifenesina/fenilefrina]
- [dihidrocodeína/fenilefrina/pirilamina]

Anexo D: Mapa del Área de Servicio

El área de cobertura de Tufts Health Direct incluye el territorio continental de Massachusetts. Martha's Vineyard y Nantucket no están incluidos.



TUFTS Health Plan
a Point32Health company