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.