

# TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO RESUMEN DE BENEFICIOS #H2256



Tufts Medicare Preferred HMO Basic  
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx  
Tufts Medicare Preferred HMO Value  
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx  
Tufts Medicare Preferred HMO Prime  
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx  
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus

## [Hojee el contenido](#)

- Beneficios del plan
- Beneficios de medicamentos recetados
- Lista de áreas de servicio

Vigente desde el 1 enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

H2256\_2012\_147 CMS Approved 09/06/2011

TUFTS  Health Plan  
Medicare Preferred



## **Introducción al informe de Resumen de beneficios para los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Del 1 enero de 2012 al 31 de diciembre de 2012

Mayor parte de Massachusetts

Le agradecemos su interés en los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO). TUFTS ASSOCIATED HMO, INC./Tufts Health Plan Medicare Preferred, una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) de Medicare Advantage, ofrece nuestros planes. Este Resumen de beneficios indica algunas características de nuestros planes. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a Tufts Health Plan Medicare Preferred y pida la “Evidencia de cobertura”.

### **Tiene opciones para su atención médica**

Como beneficiario de Medicare, puede elegir entre diferentes opciones de Medicare. Una opción es el plan Original Medicare (cargo por servicio). Otra opción es un plan de salud Medicare, como Tufts Medicare Preferred HMO (HMO). Es posible que también tenga otras opciones. Usted elige. No importa lo que decida, seguirá estando en el programa Medicare.

Puede inscribirse en un plan o abandonarlo solo en ciertos momentos. Llame a Tufts Health Plan Medicare Preferred al número de teléfono que aparece al final de esta introducción o a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a este número las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### **¿Cómo puedo comparar mis opciones?**

Puede comparar los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) y el plan Original Medicare usando este Resumen de Beneficios. Los cuadros de este libro enumeran algunos beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, puede ver qué cubre nuestro plan y qué cubre el plan Original Medicare.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que ofrece el plan Original Medicare. También ofrecemos más beneficios, los cuales pueden variar de año a año.

### **¿Dónde están disponibles los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)?**

Hay más de un plan enumerado en este Resumen de beneficios. Si está inscrito en un plan y desea cambiar a otro, puede hacerlo solo durante determinados momentos del año. Llame a Servicio de Atención al Cliente para obtener más información. El área de servicio de estos planes incluye los siguientes condados: Barnstable, Bristol\*, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth\*, Suffolk y Worcester, MA. Para inscribirse en un plan Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) deberá residir en una de estas áreas. El asterisco (\*) indica condado parcial.

### **¿Quién es elegible para inscribirse en los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) ?**

Usted puede inscribirse en nuestros planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) si tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare, y vive en el área de servicio. Sin embargo, las personas con enfermedad renal en etapa terminal generalmente no son elegibles para inscribirse en los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) excepto que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde el momento en que comenzaron el tratamiento de diálisis.

### **¿Puedo elegir mis médicos?**

Tufts Health Plan Medicare Preferred formó una red de médicos, especialistas y hospitales. Solamente puede consultar a los médicos que son parte de nuestra red. Los proveedores de salud de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un Directorio de proveedores actualizado. Para obtener una lista actualizada, visítenos en [tuftsmedicarepreferred.org](http://tuftsmedicarepreferred.org).

Nuestro número de Servicio de Atención al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

### **¿Qué sucede si voy a un médico que no está en su red?**

Si elige ir a un médico fuera de nuestra red, debe pagar sus servicios, excepto en situaciones limitadas (por ejemplo, en emergencias). Ni el plan ni el plan Original Medicare pagará por estos servicios.

### **¿Dónde puedo obtener medicamentos recetados si me inscribo en uno de estos planes?**

Tufts Health Plan Medicare Preferred formó una red de farmacias. Debe utilizar una farmacia de la red para recibir los beneficios del plan. Posiblemente no paguemos los medicamentos recetados si utiliza una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias de nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Puede solicitar un directorio de farmacias o visitarnos en [tuftsmedicarepreferred.org/druglist](http://tuftsmedicarepreferred.org/druglist). Nuestro número de Servicio de Atención al Cliente se encuentra al final de esta introducción.

### **¿Mi plan cubre los medicamentos de la Parte B o la Parte D de Medicare?**

Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO), Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO) y Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO) cubren los medicamentos recetados de la Parte B

de Medicare, pero NO cubren los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO), Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO), Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO) y Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO) cubren tanto los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

### **¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?**

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO), Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO), Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO) y Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO) usan un formulario.

Los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO) usan un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos que están cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades del paciente. Periódicamente, podemos agregar, quitar o hacer cambios a las limitaciones de cobertura en ciertos medicamentos o cambiar el monto que paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limite la capacidad de nuestros miembros de obtener los medicamentos recetados, le informaremos a los inscritos afectados antes de que se haga el cambio. Le enviaremos un formulario y podrá ver nuestro formulario completo en nuestro sitio web en [tuftsmedicarepreferred.org/druglist](http://tuftsmedicarepreferred.org/druglist).

Si actualmente está tomando un medicamento que no está en nuestro formulario o que está sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo que se encuentre en nuestro formulario, con la ayuda de su médico. Llámenos para averiguar si puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

## ¿Cómo puedo obtener ayuda adicional con los costos de mi plan de medicamentos recetados o con otros costos de Medicare?

Es posible que pueda obtener ayuda adicional para pagar las primas de sus medicamentos recetados y costos, como también para conseguir ayuda con otros costos de Medicare. Para averiguar si califica para obtener ayuda adicional, llame al:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y consultar “Programas for People with Limited Income and Resources” (Programas para personas con ingresos y recursos limitados) en la publicación Medicare and You en el sitio [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- La Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-325-0778.
- La oficina de Medicaid de su estado.

## ¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los planes de Medicare Advantage acuerdan permanecer en el programa durante todo un año por vez. Los beneficios del plan y la participación en los costos pueden cambiar de un año calendario a otro. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando con Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (área geográfica donde el plan acepta miembros) o elegir continuar solo en ciertas áreas. También, Medicare puede decidir finalizar el contrato con un plan. Aunque su plan Medicare Advantage se retire del programa, usted no perderá la cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar por un año calendario adicional, debe enviarle una carta al menos 90 días antes de la finalización de su cobertura. En la carta se le explicarán sus opciones para la cobertura de Medicare en su área.

Como miembro del plan Tufts Medicare Preferred HMO (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de la organización, que incluye el derecho a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un artículo o servicio, y tiene derecho a presentar una queja por agravios. Tiene derecho a solicitar una determinación de la organización si desea que proveamos o paguemos un artículo o servicio que considera que debería estar cubierto. Si le denegamos la cobertura para el artículo o servicio solicitado, tiene derecho a apelar y pedimos que reconsideremos nuestra decisión. Puede solicitarnos una determinación de cobertura expedita (rápida o apelar si cree que esperar una decisión podría poner en grave riesgo su vida o su salud, o podría afectar su capacidad de recuperar su funcionalidad máxima. Si su médico realiza o respalda la solicitud expedita, debemos apresurar nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentarnos una queja por agravios si tiene algún tipo de problema con nosotros o con uno de los proveedores de nuestra red que no involucre la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema involucra la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar una queja por agravios ante la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

Como miembro del plan Tufts Medicare Preferred HMO (HMO), usted tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura, que incluye el derecho a solicitar una excepción, a presentar una apelación si le negamos la cobertura de un medicamento recetado y el derecho a presentar una queja por agravios. Tiene derecho a solicitar una determinación de cobertura si quiere que cubramos un medicamento de la Parte D que considera que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Puede solicitarnos una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o cree que debe obtener un medicamento no preferido a un menor costo de bolsillo. También puede solicitar una excepción a las

reglas de utilización de costos, como por ejemplo un límite en la cantidad de un medicamento. Si considera que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de intentar adquirir el medicamento recetado en una farmacia. Su médico debe proporcionar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si le denegamos la cobertura para uno o más medicamentos recetados, tiene derecho a apelar y solicitarnos que reconsideremos nuestra decisión. Por último, tiene derecho a presentar una queja por agravios si tiene algún tipo de problema con nosotros o con alguna de las farmacias de nuestra red que no involucre la cobertura de un medicamento recetado. Si su problema involucra la calidad de la atención, también tiene derecho a presentar una queja por agravios ante la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) de su estado. Consulte la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener la información de contacto de la QIO.

### **¿Qué es un Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM)?**

Un Programa de administración de terapia de medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Posiblemente se le invite a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacia. Puede decidir no participar, pero le recomendamos que aproveche al máximo este servicio cubierto si usted es seleccionado. Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener más detalles.

### **¿Qué tipos de medicamentos pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare?**

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos por la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener más detalles.

- Algunos antígenos: Si los prepara un médico y los administra una persona instruida en forma adecuada (que podría ser el paciente) bajo la supervisión del médico.
- Medicamentos para la osteoporosis: Los medicamentos inyectables para la osteoporosis para ciertas mujeres con Medicare.
- Eritropoetina (Epoetin Alfa o Epogen®): Administrada mediante inyección si tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere de diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.
- Factores de coagulación para la hemofilia: Factores de coagulación autoadministrados si tiene hemofilia.
- Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables administrados que son relativos al servicio del médico.
- Medicamentos inmunosupresores: La terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes de trasplantes si Medicare pagó el trasplante o si lo pagó una compañía privada de seguros como pagador principal de su cobertura de la Parte A de Medicare, en un centro certificado por Medicare.
- Algunos medicamentos orales contra el cáncer: Si el mismo medicamento está disponible como inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Si tiene que seguir un régimen de quimioterapia contra el cáncer.
- Medicamentos para inhalación e infusión administrados mediante equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME).

## ¿Dónde puedo encontrar información sobre las calificaciones del plan?

El programa Medicare califica el desempeño de los planes en diferentes categorías (por ejemplo, en la detección y prevención de enfermedades, las calificaciones por parte de los pacientes y el Servicio de Atención al Cliente). Si tiene acceso a Internet, puede usar las herramientas de Internet en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) y seleccionar “Health and Drug Plans” (Planes de salud y medicamentos) y luego “Compare Drug and Health Plans” (Comparar planes de salud y medicamentos) para comparar las calificaciones del plan para los planes de Medicare en su zona. También puede comunicarse directamente con nosotros para obtener una copia de las calificaciones para este plan. Nuestro número de Servicio de Atención al Cliente se encuentra a continuación.

## Llame a Tufts Health Plan Medicare Preferred para obtener más información sobre los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO).

Visítenos en [tuftsmedicarepreferred.org](http://tuftsmedicarepreferred.org) o llámenos:

Horario de Servicio de Atención al Cliente:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este

Los **miembros actuales** deben llamar sin cargo al (800)-701-9000 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800)-208-9562)

Los **miembros actuales** deben llamar localmente al (800)-701-9000 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (800)-208-9562)

Los **miembros potenciales** deben llamar sin cargo al (800)-978-2222 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (888)-899-8977)

Los **miembros potenciales** deben llamar localmente al (800)-978-2222 si tienen preguntas relacionadas con el programa Medicare Advantage y el programa de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. (TTY/TDD (888)-899-8977)

Para obtener más información sobre Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) en Internet.

Este documento puede estar disponible en otros formatos, como Braille, letra grande u otros formatos alternativos.

This document may be available in a non-English language. For additional information, call customer service at the phone number listed above.

Este documento está disponible en otros idiomas aparte del inglés. Si desea información adicional, llame al servicio al cliente al número de teléfono que se indica arriba.

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Información importante</p>				
<p>1 - Prima y otra información importante Las primas van de \$0 a \$184.40; por lo tanto, consulte la Tabla de primas ubicada en las <b>páginas 88 y 89</b> después de esta sección para saber cuál es la prima en su área.</p>	<p>En 2011, la prima mensual de la Parte B fue de \$96.40 y puede cambiar para 2012, y el monto del deducible anual de la Parte B fue de \$162 y puede cambiar para 2012.</p> <p>Si un médico o un proveedor no aceptan la asignación, sus costos suelen ser superiores, lo que significa que usted paga más.</p> <p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de su prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de u prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B. Sin embargo, algunas personas pagarán una prima más alta debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de u prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>	<p>La mayoría de las personas pagarán la prima mensual estándar de la Parte B, además de u prima del plan MA. Sin embargo, algunas personas pagarán primas más altas de la Parte B y la Parte D debido a su ingreso anual (superior a \$85,000 para personas solteras, \$170,000 para parejas casadas). Para obtener más información sobre las primas de la Parte B y Parte D basadas en los ingresos, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Límite de gasto de bolsillo de \$3,400 para servicios cubiertos por Medicare y Servicios complementarios selectos no de Medicare.</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>1 - Prima y otra información importante cont.</p>		<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>	<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>	<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>
<p>2 - Elección de doctores y hospitales</p> <p>(Para obtener más información, consulte Emergencia, n.º 15, y Atención de urgencia, n.º 16)</p> <p>Consulte la página 95 para obtener información adicional sobre Círculos de derivación.</p>	<p>Puede recurrir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>	<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>	<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>	<p>Comuníquese con el plan para obtener más detalles sobre los Servicios complementarios no de Medicare cubiertos bajo este límite.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>Se requiere una derivación para los especialistas de la red (para ciertos beneficios).</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Atención para pacientes internados				
<p>3 - Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>(Incluye servicios de rehabilitación y de atención por abuso de sustancias)</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <p>De 1 a 60 días: Deducible de \$1132</p> <p>De 61 a 90 días: \$283 por día</p> <p>De 91 a 150 días: \$566 por día de reserva vitalicia</p> <p>Estos montos pueden cambiar para 2012.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información sobre los días de reserva vitalicia.</p> <p>Los días de reserva vitalicia solo pueden utilizarse una vez.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. Finaliza cuando transcurren 60 días</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 10 días: Copago de \$200 por día</p> <p>De 11 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 10 días: Copago de \$200 por día</p> <p>De 11 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 5 días: Copago de \$125 por día</p> <p>De 6 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 5 días: Copago de \$125 por día</p> <p>De 6 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Copago de \$0 para días adicionales de hospitalización</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Deducible anual de \$300</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Límite de gasto de bolsillo de \$300 al año</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Deducible anual de \$300</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Límite de gasto de bolsillo de \$300 al año</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Sin límite para la cantidad de días cubiertos por el plan para cada hospitalización.</p> <p>Deducible anual de \$300</p> <p>Copago de \$0</p> <p>Límite de gasto de bolsillo de \$300 al año</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>3 - Atención hospitalaria para pacientes internados cont.</p> <p>(Incluye servicios de rehabilitación y de atención por abuso de sustancias)</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre la atención hospitalaria para pacientes internados.</p>	<p>seguidos sin que reciba atención hospitalaria o de enfermería especializada.</p> <p>Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que pueda tener es ilimitada.</p>	<p>Consulte la página 10</p>	<p>Consulte la página 10</p>	<p>Consulte la página 10</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
Consulte la página 11	Consulte la página 11	Consulte la página 11	Consulte la página 11

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>4 - Atención de salud mental para pacientes internados</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre la atención de salud mental para pacientes internados.</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios fueron:</p> <p>De 1 a 60 días: Deducible de \$1132</p> <p>De 61 a 90 días: \$283 por día</p> <p>De 91 a 150 días: \$566 por día de reserva vitalicia</p> <p>Estos montos pueden cambiar para 2012.</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención hospitalaria para pacientes internados en hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 10 días: Copago de \$179 por día</p> <p>De 11 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 10 días: Copago de \$179 por día</p> <p>De 11 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 5 días: Copago de \$125 por día</p> <p>De 6 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Para hospitalizaciones cubiertas por Medicare:</p> <p>De 1 a 5 días: Copago de \$125 por día</p> <p>De 6 a 90 días: Copago de \$0 por día</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>	<p><b>entro de la red</b> Copago de \$0</p> <p>Tiene hasta 190 días de atención para pacientes internados en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados se cuentan en el límite de 190 días de por vida solamente si se cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a servicios psiquiátricos para pacientes internados brindados en un hospital general.</p> <p>Excepto en caso de emergencia, su médico debe informarle al plan que usted ingresará en el hospital.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>5 - Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</p> <p>(En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)</p>	<p>En 2011, los montos para cada período de beneficios después de una hospitalización cubierta de, al menos, 3 días fueron:</p> <p>De 1 a 20 días: \$0 por día</p> <p>De 21 a 100 días: \$141.50 por día</p> <p>Estos montos pueden cambiar para 2012.</p> <p>100 días para cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa en un hospital o un SNF. Finaliza cuando transcurren 60 días seguidos sin que reciba atención hospitalaria o de enfermería especializada. Si ingresa en un hospital después de finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes internados para cada período de beneficios. La cantidad de períodos de beneficios que pueda tener es ilimitada.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF:</p> <p>De 1 a 20 días: Copago de \$65 por día</p> <p>De 21 a 100 días: Copago de \$0 por día</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF:</p> <p>De 1 a 20 días: Copago de \$65 por día</p> <p>De 21 a 100 días: Copago de \$0 por día</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF:</p> <p>De 1 a 20 días: Copago de \$65 por día</p> <p>De 21 a 100 días: Copago de \$0 por día</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red:</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Para hospitalizaciones en un SNF:</p> <p>De 1 a 20 días: Copago de \$65 por día</p> <p>De 21 a 100 días: Copago de \$0 por día</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Copago de \$0 para servicios en un SNF</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Copago de \$0 para servicios en un SNF</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> El plan cubre hasta 100 días por período de beneficios.</p> <p>No se requiere ninguna hospitalización previa.</p> <p>Copago de \$0 para servicios en un SNF</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>6 - Atención médica domiciliaria</p> <p>(Incluye atención intermitente y medicamente necesaria de enfermería especializada, servicios de asistente de salud a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>
<p>7 - Centro de cuidados paliativos</p>	<p>Usted paga parte del costo de los medicamentos para pacientes ambulatorios y la atención de relevo como paciente internado.</p> <p>Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para las visitas de salud a domicilio cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>	<p><b>General</b> Deberá recibir atención en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan pagará la visita de consulta antes de que seleccione un centro de cuidados paliativos.</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Atención para pacientes ambulatorios				
8 - Visitas al consultorio del médico	Coseguro del 20%	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 a \$30 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 a \$30 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 a \$20 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>
9 - Servicios quiroprácticos	<p>La atención de rutina complementaria no está cubierta.</p> <p>Coseguro del 20% para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 a \$20 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 a \$15 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 a \$15 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$10 para cada visita al médico de atención primaria por los beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$10 a \$15 para cada visita dentro del área por atención de urgencia en la red cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita al especialista por los beneficios cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Las visitas a quiroprácticos cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna, a fin de corregir una subluxación (un desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es realizada por un quiropráctico u otros proveedores calificados.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>10 - Servicios de podología</p>	<p>La atención de rutina complementaria no está cubierta.</p> <p>Coseguro del 20% para cuidados del pie médicamente necesarios, incluida la atención de afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$30 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$30 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$20 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Los beneficios de podología cubiertos por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>11 - Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>Coseguro del 40% para la mayoría de los servicios de salud mental para pacientes ambulatorios.</p> <p>Copago especificado para servicios del programa de hospitalización parcial ambulatoria brindados por un hospital o centro de salud mental comunitario (Community Mental Health Center, CMHC). El copago no puede exceder el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A.</p> <p>El “programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes ambulatorios que es más intenso que la atención médica recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$30 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$30 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia individual a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para cada visita de terapia grupal a un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$0 para servicios del programa de hospitalización parcial cubierto por Medicare.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
12 - Atención por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	Coseguro del 20%	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$30 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$30 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>
13 - Servicios y cirugía para pacientes ambulatorios	<p>Coseguro del 20% para los servicios del médico</p> <p>Copago especificado para servicios de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios El copago no puede exceder el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A.</p> <p>Copago del 20% para servicios del centro de cirugía ambulatoria.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$165 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$165 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$165 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$165 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$150 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$150 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas individuales cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para las visitas grupales cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$150 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$150 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.</p> <p>Copago de \$50 para cada visita al centro hospitalario para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>14 - Servicios de ambulancia</p> <p>(Servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre Servicios de ambulancia.</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$150 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$150 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$100 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
<p>15 - Atención de emergencia</p> <p>(Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree, razonablemente, que necesita atención de emergencia).</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre Atención de emergencia.</p>	<p>Coseguro del 20% para los servicios del médico Copago especificado para servicios de centros hospitalarios para pacientes ambulatorios El copago de servicios de emergencia no puede exceder el deducible hospitalario para pacientes internados de la Parte A para cada servicio suministrado por el hospital. No tiene que pagar el copago de la sala de emergencias si ingresa en un hospital por la misma afección en el plazo de 3 días de la visita a la sala de emergencias. NO cubierta fuera de los EE. UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura en todo el mundo.  Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura en todo el mundo.  Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.  Cobertura en todo el mundo.  Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$100 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$50 para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura en todo el mundo.</p> <p>Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura en todo el mundo.</p> <p>Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura en todo el mundo.</p> <p>Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$65 para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Cobertura en todo el mundo.</p> <p>Si ingresa en un hospital por la misma afección dentro las 24 horas posteriores, paga \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>16 - Atención de urgencia</p> <p>(Esto NO es atención de emergencia y, en la mayoría de los casos, tiene lugar fuera del área de servicio).</p> <p>Consulte la página 92 para obtener información adicional sobre Atención de urgencia.</p>	<p>Coseguro del 20% o un copago fijo.</p> <p>NO cubierta fuera de los EE. UU., excepto bajo circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Copago de \$20 a \$30 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Copago de \$20 a \$30 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b></p> <p>Copago de \$15 a \$20 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p>17 - Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>(Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$30 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$30 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Copago de \$20 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Copago de \$15 a \$20 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$10 a \$15 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$10 a \$15 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Copago de \$10 a \$15 para visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$20 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$15 para visitas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para visitas de fisioterapia y/o terapia del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare.</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Suministros y servicios médicos para pacientes ambulatorios				
<p>18 - Equipo médico duradero</p> <p>(Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</p> <p>Consulte la página 91 para obtener información adicional sobre Equipo médico duradero.</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p>19 - Dispositivos protésicos</p> <p>(Incluye aparatos ortopédicos, prótesis oculares y ortopédicas, etc.)</p> <p>Consulte la página 91 para obtener información adicional sobre Prótesis.</p>	<p>Coseguro del 20%</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 20% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> 10% del costo para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para artículos cubiertos por Medicare.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>20 - Programas y suministros para la diabetes</p>	<p>Coseguro del 20% para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Coseguro del 20% para suministros para la diabetes</p> <p>Coseguro del 20% para insertos o calzado terapéutico para diabéticos</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$20 a \$30 de participación en los costos por separado</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$20 a \$30 de participación en los costos por separado</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$15 a \$20 de participación en los costos por separado</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$15 a \$20 de participación en los costos por separado</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$10 a \$15 de participación en los costos por separado</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$10 a \$15 de participación en los costos por separado</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para capacitación de autocontrol de la diabetes</p> <p>Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros para el control de diabetes</li> <li>• Calzado terapéutico o insertos</li> </ul> <p>Si el médico le brinda servicios además de la capacitación de autocontrol de la diabetes, pueden aplicarse de \$10 a \$15 de participación en los costos por separado</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>21 - Pruebas, radiografías, servicios de laboratorio y servicios radiológicos de diagnóstico</p>	<p>Coseguro del 20% para pruebas y radiografías de diagnóstico. Copago de \$0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico médicamente necesarios que sean solicitados por el médico tratante y sean prestados por un laboratorio certificado por las Enmiendas para la mejora de los laboratorios clínicos (Clinical Laboratory Improvement Amendments, CLIA) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se realizan para ayudar a su médico a diagnosticar o descartar una supuesta enfermedad o afección. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de control de rutina complementarias, como el control del colesterol. Coseguro del 20% para examen de tacto rectal y otros servicios relacionados. Se cubre una vez al año para todos los hombres con Medicare que tengan más de 50 años.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> </ul> <p>Copago de \$1 a \$100 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$1 a \$100 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>Copago de \$0 para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> </ul> <p>Copago de \$1 a \$100 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$1 a \$100 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>Copago de \$0 para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> </ul> <p>Copago de \$1 a \$100 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$1 a \$100 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>Copago de \$0 para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> </ul> <p>Copago de \$1 a \$100 para radiografías cubiertas por Medicare.</p> <p>Copago de \$1 a \$100 para servicios radiológicos de diagnóstico cubiertos por Medicare (sin incluir las radiografías).</p> <p>Copago de \$0 para servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• radiografías</li> <li>• servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir radiografías)</li> <li>• servicios radiológicos terapéuticos</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• radiografías</li> <li>• servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir radiografías)</li> <li>• servicios radiológicos terapéuticos</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 cubierto por Medicare para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio</li> <li>• procedimientos y exámenes de diagnóstico</li> <li>• radiografías</li> <li>• servicios radiológicos de diagnóstico (sin incluir radiografías)</li> <li>• servicios radiológicos terapéuticos</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>22 - Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	<p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p>Esto se aplica a servicios del programa brindados en el consultorio del médico. Participación en los costos específica para servicios del programa brindados por departamentos ambulatorios del hospital.</p>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>	<p><b>General</b> Se pueden aplicar normas de autorización.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare</li> <li>• Servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare</li> </ul>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Servicios preventivos				
<p>23 - Programas de educación/bienestar y servicios preventivos</p>	<p>Sin coseguro, copago ni deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea. Se cubre una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si reúne determinados requisitos médicos.</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical. Se cubre una vez cada 2 años. Se cubre una vez al año para mujeres con Medicare que están en alto riesgo.</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B para personas con Medicare que están en riesgo</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>	<p><b>General</b> Copago de \$0 para todos los servicios preventivos cubiertos bajo Original Medicare con cero participación en los costos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Examen de densitometría ósea</li> <li>• Estudio cardiovascular</li> <li>• Examen de detección de cáncer vaginal y cervical (prueba de Papanicolaou y examen pélvico)</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna antigripal</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B</li> <li>• Examen de detección del VIH</li> <li>• Examen de detección del cáncer de mama (mamografía)</li> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica</li> </ul>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>23 - Programas de educación/bienestar y servicios preventivos cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección del VIH. Copago de \$0 para el examen de detección del VIH, pero generalmente usted paga el 20% del monto aprobado por Medicare para la visita al médico. El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba. Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</li> <li>Examen de detección del cáncer de mama (mamografías). Medicare cubre mamografías de detección una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años en adelante. Medicare cubre una mamografía inicial para mujeres entre 35 y 39.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>Vacuna antineumocócica</li> <li>Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>Vacuna antineumocócica</li> <li>Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>Vacuna antineumocócica</li> <li>Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>• Vacuna antineumocócica</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>• Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>• Vacuna antineumocócica</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>• Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>• Vacuna antineumocócica</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>• Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>• Vacuna antineumocócica</li> <li>• Prueba de detección del cáncer de próstata (examen de antígeno específico de la próstata [Prostate Specific Antigen, PSA] únicamente)</li> <li>• Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar)</li> <li>• Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial)</li> </ul> <p>El examen de detección del VIH está cubierto para las embarazadas que tienen Medicare y para las personas que tienen un mayor riesgo de contraer la infección, incluida toda persona que solicite la prueba.</p> <p>Medicare cubre esta prueba una vez cada 12 meses o hasta tres veces durante el embarazo.</p>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>23 - Programas de educación/bienestar y servicios preventivos cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de terapia de nutrición médica. La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis o no recibieron un trasplante de riñón), y a quienes las deriva un médico. Estos servicios pueden ser provistos por un dietista matriculado y pueden incluir una evaluación nutricional y el asesoramiento para ayudarle a manejar la diabetes o la enfermedad renal.</li> <li>• Plan de prevención personalizado (visita de bienestar anual)</li> <li>• Vacuna antineumocócica. Es posible que solo necesite recibir la vacuna contra la neumonía una vez en la vida. Llame a su médico para obtener más información.</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>	<p>Comuníquese con el plan para obtener detalles</p> <p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 1 examen de Papanicolau adicional al año</li> </ul> <p>El plan cubre los siguientes programas de bienestar/educación complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales impresos sobre educación para la salud, incluidos boletines informativos</li> <li>• Beneficio nutricional</li> <li>• Membrecía de club de salud/clases de gimnasia</li> </ul>

## Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>23 - Programas de educación/bienestar y servicios preventivos cont.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de detección del cáncer de próstata: Examen de antígeno específico de la próstata (PSA) únicamente. Se cubre una vez al año para todos los hombres con Medicare que tengan más de 50 años.</li> <li>• Abandono del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar). Se cubre si lo solicita el médico. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</li> <li>• Examen físico de Bienvenida a Medicare (examen físico preventivo inicial). Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, usted es elegible para lo siguiente. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, puede</li> </ul>	<p>Consulte las páginas 40 a 44</p>	<p>Consulte las páginas 40 a 44</p>	<p>Consulte las páginas 40 a 44</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
23 - Programas de educación/bienestar y servicios preventivos cont.	hacerse un examen físico de Bienvenida a Medicare u obtener una visita de bienestar anual. Después de los primeros 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual cada 12 meses.	Consulte las páginas 40 a 44	Consulte las páginas 40 a 44	Consulte las páginas 40 a 44
24 - Enfermedad renal y afecciones renales	Coseguro del 20% para diálisis renal Coseguro del 20% para servicios de educación sobre enfermedades renales	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal  Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal  Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales	<b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal  Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>	<p>Consulte las páginas 41 a 45</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para diálisis renal</p> <p>Copago de \$0 para servicios de educación sobre enfermedades renales</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>25 - Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</p>	<p>Original Medicare no cubre la mayoría de los medicamentos. Puede agregar cobertura de medicamentos recetados a Original Medicare si se inscribe en un Plan de medicamentos recetados de Medicare, o puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluida la cobertura de medicamentos recetados si se inscribe en un plan Medicare Advantage o un plan Medicare Cost que ofrezca cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> La mayoría de los medicamentos no están cubiertos</p> <p>Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p> <p><b>Medicamentos, suministros y servicios de infusión domiciliaria</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos en virtud de la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> La mayoría de los medicamentos no están cubiertos</p> <p>Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p> <p><b>Medicamentos, suministros y servicios de infusión domiciliaria</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos en virtud de la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> La mayoría de los medicamentos no están cubiertos</p> <p>Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p> <p><b>Medicamentos, suministros y servicios de infusión domiciliaria</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos en virtud de la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos cubiertos por la Parte B</p> <p><b>Medicamentos, suministros y servicios de infusión domiciliaria</b></p> <p><b>General</b> Copago de \$0 para medicamentos de infusión domiciliaria que normalmente estarían cubiertos en virtud de la Parte D. Este monto de participación en los costos también cubrirá los suministros y servicios asociados con la infusión domiciliaria de estos medicamentos.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan usa un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en <a href="http://tuftsmedicarepreferred.org">tuftsmedicarepreferred.org</a> en Internet.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tengan ingresos limitados,</li> <li>• vivan en centros de cuidado a largo plazo, o</li> <li>• tengan acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan usa un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en <a href="http://tuftsmedicarepreferred.org">tuftsmedicarepreferred.org</a> en Internet.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tengan ingresos limitados,</li> <li>• vivan en centros de cuidado a largo plazo, o</li> <li>• tengan acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan no ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan usa un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en <a href="http://tuftsmedicarepreferred.org">tuftsmedicarepreferred.org</a> en Internet.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tengan ingresos limitados,</li> <li>• vivan en centros de cuidado a largo plazo, o</li> <li>• tengan acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare</b></p> <p><b>General</b> Este plan usa un formulario de medicamentos. El plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en <a href="http://tuftsmedicarepreferred.org">tuftsmedicarepreferred.org</a> en Internet.</p> <p>Es posible que se apliquen diferentes costos de bolsillo para las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tengan ingresos limitados,</li> <li>• vivan en centros de cuidado a largo plazo, o</li> <li>• tengan acceso a servicios indígenas/tribales/urbanos (Indian Health Service).</li> </ul> <p>El plan ofrece cobertura nacional de medicamentos recetados dentro de la red (es decir, esto incluiría a los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará el mismo monto de participación en los costos por sus medicamentos recetados si los compra en una farmacia de la red fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor deberá recibir previa autorización de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor deberá recibir previa autorización de Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor deberá recibir previa autorización de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>	<p>Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos que paga usted y la Parte D del plan.</p> <p>Es posible que el plan exija que pruebe primero un medicamento para tratar su afección antes de que le cubra otro medicamento para esa afección.</p> <p>Hay límites en la cantidad de algunos medicamentos.</p> <p>Su proveedor deberá recibir previa autorización de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO) para ciertos medicamentos.</p> <p>Para una cantidad muy limitada de medicamentos debe concurrir a determinadas farmacias, debido a que necesitan cumplir requisitos de manejo especial, coordinación de proveedores o educación de pacientes que no pueden cumplir la mayoría de las farmacias de su red. Estos medicamentos se enumeran en el sitio web del plan, en el formulario, en materiales impresos, así como también en Medicare Prescription Drug Plan Finder (Localizador de planes de medicamentos recetados de Medicare) en <a href="http://www.Medicare.gov">Medicare.gov</a>.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos.</p> <p>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO) aprueba la excepción, usted pagará la participación en los costos correspondiente al Nivel 3: Participación en los costos de medicamentos no preferidos de marca para dicho medicamento.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible de \$0</p> <p>Los medicamentos complementarios no cuentan en sus costos de bolsillo por medicamentos.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos.</p> <p>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO) aprueba la excepción, usted pagará la participación en los costos correspondiente al Nivel 3: Participación en los costos de medicamentos no preferidos de marca para dicho medicamento.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible de \$0</p> <p>Los medicamentos complementarios no cuentan en sus costos de bolsillo por medicamentos.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b> • Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos.</p> <p>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO) aprueba la excepción, usted pagará la participación en los costos correspondiente al Nivel 3: Participación en los costos de medicamentos no preferidos de marca para dicho medicamento.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible de \$0</p> <p>Los medicamentos complementarios no cuentan en sus costos de bolsillo por medicamentos.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b> • Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p>	<p>Si el costo real de un medicamento es inferior al monto habitual de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no el monto superior de participación en los costos.</p> <p>Si solicita una excepción del formulario para un medicamento y Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO) aprueba la excepción, usted pagará la participación en los costos correspondiente al Nivel 3: Participación en los costos de medicamentos no preferidos de marca para dicho medicamento.</p> <p><b>Dentro de la red</b> Deducible de \$0</p> <p>Los medicamentos complementarios no cuentan en sus costos de bolsillo por medicamentos.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Usted paga lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930:</p> <p><b>Farmacia minorista</b> <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b> • Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$30 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$20 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$30 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$20 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$30 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$20 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$24 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$16 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$105 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$70 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$75 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$225 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$150 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <b>Pedidos por correo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$24 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$16 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> </p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Pedidos por correo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$24 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$16 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Pedidos por correo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$24 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$16 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p><b>Farmacia de atención a largo plazo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$75 por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (31 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Pedidos por correo</b>  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$7 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$21 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$14 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$129 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$86 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$279 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$186 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$105 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$70 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$75 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$225 por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Copago de \$150 por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Período sin cobertura</b></p> <p>Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Período sin cobertura</b> Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Período sin cobertura</b> Después de que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$2,930, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y paga el 86% de los costos del plan para todos los medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p>	<p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para tres meses (90 días) de medicamentos en este nivel</li> <li>• Coseguro del 33% por el suministro de 60 días de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Período sin cobertura adicional</b> Usted paga lo siguiente:</p> <p><b>Farmacia minorista</b></p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> <li>• Copago de \$24 por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p><b>Cobertura en situación catastrófica</b>                      Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700, pagará el monto que resulte mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b>                      Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad, mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no existe una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO).</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Cobertura en situación catastrófica</b> Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700, pagará el monto que resulte mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad, mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no existe una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO).</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p><b>Cobertura en situación catastrófica</b> Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos alcancen los \$4,700, pagará el monto que resulte mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p><b>Fuera de la red</b> Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad, mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no existe una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$16 por el suministro de 60 días de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p> <p><b>Farmacia de atención a largo plazo Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (31 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> </ul> <p><b>Pedidos por correo Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$7 por el suministro para un mes (30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> <li>• Copago de \$21 por el suministro para tres meses (90 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> <li>• Copago de \$14 por el suministro de 60 días de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> </ul> <p>No todos los medicamentos de este nivel se encuentran disponibles en este suministro diario prolongado. Para obtener más información, comuníquese con el plan.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b>  Hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930 por los medicamentos comprados fuera de la red, se le reembolsará hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:  <b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b>  • Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel  <b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b>  • Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel  <b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b>  • Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel  <b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b>  • Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel  No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930 por los medicamentos comprados fuera de la red, se le reembolsará hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b> Hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930 por los medicamentos comprados fuera de la red, se le reembolsará hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$10 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$43 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$93 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Después de que sus costos totales anuales por medicamentos lleguen a \$2,930, usted recibe cobertura limitada del plan para determinados medicamentos. También recibe un descuento en los medicamentos de marca y, generalmente, no paga más del 86% de los costos del plan por medicamentos genéricos hasta que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700.</p> <p><b>Cobertura en situación catastrófica</b> Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, pagará el monto que resulte mayor entre los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p><b>Período sin cobertura adicional fuera de la red</b>                      Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.                      Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.                      No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Período sin cobertura adicional fuera de la red</b></p> <p>Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p><b>Período sin cobertura adicional fuera de la red</b></p> <p>Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido del plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos de bolsillo totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p><b>Fuera de la red</b></p> <p>Los medicamentos del plan pueden tener cobertura en circunstancias especiales, por ejemplo, por enfermedad, mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no existe una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el monto normal de participación en los costos si compra sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, es probable que tenga que pagar el cargo total de la farmacia por el medicamento y luego presentar la documentación para recibir el reembolso por parte de Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO).</p> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b></p> <p>Hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$2,930, por los medicamentos comprados fuera de la red se le reembolsará hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.</p>	<p>Consulte la página 50</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>	<p><b>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red</b>                      Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del plan del medicamento menos la participación en el costo que le corresponde a usted, que es la cantidad que resulte mayor entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 50 y 52</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red</b> Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del plan del medicamento menos la participación en el costo que le corresponde a usted, que es la cantidad que resulte mayor entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p><b>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red</b> Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del plan del medicamento menos la participación en el costo que le corresponde a usted, que es la cantidad que resulte mayor entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>	<p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$35 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$75 por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 33% por el suministro para un mes (30 días) de medicamentos en este nivel</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p> <p><b>Período sin cobertura adicional fuera de la red</b> Se le reembolsará por estos medicamentos que compre fuera de la red hasta el costo del plan del medicamento menos lo siguiente:</p> <p><b>Nivel 1: Medicamentos genéricos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$8 por el suministro para un mes (hasta 30 días) de todos los medicamentos cubiertos en este nivel</li> </ul>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.	Consulte la página 50	Consulte las páginas 50 y 52	Consulte las páginas 50 a 74	Consulte las páginas 50 y 52

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p><b>Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca</b> Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido por el plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700. Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p> <p><b>Nivel 3: Medicamentos no preferidos de marca</b> Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido por el plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700. Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.	Consulte la página 50	Consulte las páginas 50 y 52	Consulte las páginas 50 a 74	Consulte las páginas 50 y 52

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p><b>Nivel 4: Medicamentos en nivel de especialidad</b>  Se le reembolsará hasta un 14% del costo permitido por el plan por los medicamentos genéricos comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.  Se le reembolsará hasta el precio con descuento por los medicamentos de marca comprados fuera de la red hasta que los costos totales anuales por medicamentos alcancen los \$4,700.  No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios cont.	Consulte la página 50	Consulte las páginas 50 y 52	Consulte las páginas 50 a 74	Consulte las páginas 50 y 52

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p>Consulte las páginas 51 y 53</p>	<p>Consulte las páginas 51 a 75</p>	<p><b>Cobertura en situación catastrófica fuera de la red</b>  Después de que sus costos de bolsillo anuales por medicamentos lleguen a \$4,700, se le reembolsará, por los medicamentos comprados fuera de la red, hasta el costo del plan del medicamento menos la participación en el costo que le corresponde a usted, que es la cantidad que resulte mayor entre las siguientes opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coseguro del 5% o</li> <li>• Un copago de \$2.60 por los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca considerados genéricos) y un copago de \$6.50 por todos los demás medicamentos</li> </ul> <p>No se le reembolsará la diferencia entre el cargo de la farmacia fuera de la red y el monto permitido dentro de la red del plan.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
26 - Servicios odontológicos	Los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$30 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$30 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$20 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>
27 - Servicios auditivos	<p>Los exámenes auditivos de rutina complementarios y los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Coseguro del 20% para exámenes auditivos de diagnóstico.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$30 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$30 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$30 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$20 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$20 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> En general, los beneficios odontológicos preventivos (como limpiezas) no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$20 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$20 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Los audífonos no están cubiertos.</p> <p>Copago de \$15 para exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen auditivo de rutina complementario al año.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
<p>28 - Servicios de la vista</p> <p>Consulte la página 90 para obtener información adicional sobre los servicios de la vista.</p>	<p>Coseguro del 20% para diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Los exámenes oftalmológicos de rutina complementarios y los anteojos no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Los exámenes anuales de detección de glaucoma están cubiertos para las personas en riesgo.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$30 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$30 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$30 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$30 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>                      Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$20 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$20 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$20 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$20 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$15 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$15 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Copago de \$0 para</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas</li> <li>• anteojos</li> <li>• lentes de contacto</li> </ul> <p>Copago de \$0 a \$15 para exámenes de diagnóstico y tratamiento de enfermedades y afecciones de los ojos.</p> <p>Copago de \$15 para hasta 1 examen oftalmológico de rutina complementario al año.</p> <p>Límite de cobertura del plan de \$150 para artículos ópticos por año.</p>

**Cuadro de beneficios de los planes Tufts Medicare Preferred HMO (HMO)**

Categoría de beneficios	Original Medicare	Tufts Medicare Preferred HMO Basic (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Value (HMO)
Artículos sin receta médica	Sin cobertura.	<b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.	<b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.	<b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.
Transporte (Rutina)	Sin cobertura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.
Acupuntura	Sin cobertura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.	<b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)
<p><b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.</p>	<p><b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.</p>	<p><b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.</p>	<p><b>General</b> Este plan no cubre artículos sin receta médica.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre el transporte de rutina complementario.</p>
<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> Este plan no cubre acupuntura.</p>

## Tufts Medicare Preferred HMO Premium – Tabla por condado

A continuación hay una Tabla de primas por condado para los planes Tufts Medicare Preferred HMO. Usted debe vivir en una de estas áreas para afiliarse a este plan. Para usar esta tabla encuentre su condado de residencia. Luego podrá comparar los costos de la prima para cada uno de los siete planes Tufts Medicare Preferred HMO que aparecen en la Sección 2 (páginas 6 a 87) de este libro.

Primas del plan por condado	Primas del plan**
<b>Barnstable</b>	
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (027)	\$0
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (026)	\$27.90
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (019)	\$72.00
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (018)	\$99.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (016)	\$112
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (015)	\$139.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (001)	\$170.40
<b>Hampden</b>	
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (027)	\$0
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (026)	\$27.90
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (019)	\$24.00
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (018)	\$51.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (016)	\$54
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (015)	\$81.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (001)	\$112.40

Primas del plan por condado	Primas del plan**
<b>Hampshire</b>	
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (027)	\$0
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (026)	\$27.90
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (019)	\$52.00
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (018)	\$79.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (016)	\$82
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (015)	\$109.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (001)	\$140.40
<b>Essex, Suffolk, Worcester</b>	
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (027)	\$20.00
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (026)	\$47.90
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (019)	\$93.00
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (018)	\$120.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (016)	\$126
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (015)	\$153.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (001)	\$184.40

\*\* Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que estuviera pagada en virtud de Medicaid o de un tercero.

Primas del plan por condado	Primas del plan**
<b>Bristol*, Middlesex, Norfolk, Plymouth*</b>	
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (027)	\$0
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (026)	\$27.90
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (019)	\$72.00
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (018)	\$99.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (016)	\$102
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (015)	\$129.90
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (001)	\$160.40

\* Los asteriscos (\*) indican condado parcial. Si reside en uno de los siguientes códigos postales, usted vive fuera del área de servicio y no es elegible para ser miembro: Condado de Bristol: 02715, 02718, 02764, 02779, 02780, 02783. Condado de Plymouth: 02344, 02346, 02347, 02348, 02349.

\*\* Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, a menos que estuviera pagada en virtud de Medicaid o de un tercero.

## Información importante sobre los planes Tufts Medicare Preferred HMO

Estamos comprometidos a brindarle un alto nivel de cobertura de atención médica. ¡Tufts Health Plan Medicare Preferred es un nombre local en el que puede confiar!

Tenemos lo que necesita. Además de cubrir todos sus beneficios de Medicare, los planes Tufts Medicare Preferred HMO también brindan los siguientes beneficios de Salud y bienestar (se aplican copagos, salvo especificación):

- **Examen auditivo de rutina anual** (*consulte el n.º 27, páginas 82 y 83*)
- **Atención de urgencia y emergencia a nivel mundial** (*consulte la página 92*)
- **Examen oftalmológico de rutina anual y artículos ópticos o lentes de contacto** (*consulte el n.º 28, páginas 84 y 85*)

Como parte de sus beneficios de Tufts Medicare Preferred HMO, usted está cubierto para un examen oftalmológico de rutina una vez por año calendario, de un proveedor de la red EyeMed. Los exámenes anuales de detección de glaucoma están cubiertos para personas con alto riesgo de glaucoma, personas con antecedentes familiares de glaucoma, o personas con diabetes.

El plan también brinda hasta \$150 sobre el precio minorista total, una vez por año calendario, para artículos ópticos recetados (anteojos, marcos y aumentos) o lentes de contacto (pero no ambos). Los artículos de venta no están incluidos y este beneficio no se puede combinar con otros descuentos de tiendas, cupones o códigos promocionales. Los artículos ópticos se pueden adquirir en un proveedor o lugar que forme parte de la red EyeMed. Este beneficio es adicional y no se puede combinar con la cobertura estándar de Medicare para anteojos/lentes de contacto posteriores a la cirugía de cataratas o con la cobertura de Tufts Medicare Preferred HMO para un par de anteojos estándar por año calendario o lentes de contacto conforme a cambio de receta por queratocono, anisometropía (más de 3.0 dioptrías) o miopía elevada (más de 7.0 dioptrías).

- **Beneficio de asesoramiento nutricional y gimnasia anual de \$150** (*consulte el n.º 23, páginas 44 y 45*)

Cada año calendario se le reembolsarán hasta \$150 por cargos que pague:

- Para participar en clases de gimnasia como yoga, Pilates, Tai Chi y aeróbicos.
- Por membrecías en clubes de salud o gimnasios calificados. Un club de salud o gimnasio calificado brinda equipos de ejercicios de entrenamiento de resistencia y cardiovascular en el sitio.
- Para asesoramiento nutricional suministrado por un dietista registrado o asesor nutricional licenciado.

**Nota:** Este beneficio no cubre cargos de membresía que paga a clubes de salud o gimnasios no calificados, incluso, entre otros, los centros de artes marciales, de gimnasia, clubes de campo y clubes sociales, y actividades deportivas como golf y tenis.

Para obtener un mayor ahorro y para solicitar el formulario de reembolso de asesoramiento nutricional y gimnasia, llame a Servicio de Atención al Cliente al número que aparece en el reverso de este documento.

• **Equipo médico duradero y prótesis** (consulte los n.º 18 y 19, páginas 32 y 33)

Los siguientes artículos no están cubiertos por Medicare para los criterios enumerados.

No obstante, con una receta escrita de un médico de Tufts Medicare Preferred HMO, cubriremos estos artículos cuando se cumplan los criterios descritos a continuación.

Categoría	Criterios	Artículo(s) cubierto(s)
Equipo de seguridad para el baño	El miembro tiene un trastorno funcional y el artículo mejorará la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un inodoro elevado por miembro una vez en la vida</li> <li>• Hasta 2 barras de soporte para el baño por miembro una vez en la vida</li> <li>• Un asiento para bañera, por miembro una vez en la vida</li> </ul>
Mangas de mastectomía	El miembro tiene un linfedema posterior a una mastectomía	Hasta 2 cada 6 meses
Pelucas	El miembro que experimenta caída del cabello debido a tratamientos para el cáncer o leucemia	Hasta \$350 cada año calendario
Medias de compresión gradual o medias quirúrgicas*	Para tratamiento de miembros con insuficiencia venosa <i>sin</i> úlceras por estasis, edema periférico, linfedema, varicosidades sintomáticas, síndrome postrombótico (síndrome post flebítico) o hipotensión postural; y para evitar la reocurrencia de úlceras por estasis ya curadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta 2 pares de medias de compresión gradual cada 6 meses</li> <li>• <u>Q</u></li> <li>• Hasta 2 pares de medias quirúrgicas cada 6 meses</li> </ul>

\*Seguiremos cubriendo las medias de compresión gradual según las pautas de cobertura de Medicare para el caso de insuficiencia venosa con úlceras por estasis.

### **Máximo anual de bolsillo** (consulte el n.º 1, páginas 6 y 7)

El monto máximo de bolsillo limita el monto que usted paga en participación en los costos del miembro para servicios cubiertos durante el año. Cuando usted alcanza el máximo de bolsillo de \$3,400, Tufts Health Plan Medicare Preferred paga el 100% por todos los servicios cubiertos bajo el plan. Hay ciertos servicios que usted tal vez pague, que no cuentan para el máximo de bolsillo, por ejemplo:

- Prima del miembro
- Servicios no cubiertos que usted paga
- Pagos que usted realice superando los límites de beneficios para servicios como los días en un centro de enfermería especializada (SNF), artículos ópticos y reembolso por asesoramiento nutricional y gimnasia
- Sus copagos y otros costos de bolsillo por medicamentos recetados se explican en la página 94

### **Atención para pacientes internados** (consulte los n.º 3 a 7, páginas 10 a 19)

- *Para atención de pacientes internados en un hospital de atención de enfermedades agudas*, usted está cubierto por una cantidad ilimitada de días médicamente necesarios en un hospital general.
- *Para atención de pacientes internados en un hospital de atención a largo plazo o de rehabilitación*, está cubierto hasta 90 días por período de beneficios. Puede usar sus 60 días de reserva vitalicia para atención complementaria en hospitales de atención a largo plazo o de rehabilitación. La cobertura está limitada por el uso total o parcial previo de estos días, que solamente pueden utilizarse una vez de por vida.
- *Para atención de pacientes internados en un hospital psiquiátrico*, está cubierto hasta 190 días de por vida, en un hospital psiquiátrico para cuidado de salud mental y abuso de sustancias (el límite no se aplica a servicios psiquiátricos suministrados en una unidad psiquiátrica de un hospital de atención de enfermedades agudas). Puede usar sus 60

días de reserva vitalicia para atención complementaria en hospitales de atención a largo plazo o de rehabilitación. La cobertura está limitada por el uso total o parcial previo de estos días, que solamente pueden utilizarse una vez en la vida.

- *Para atención de pacientes internados en un centro de enfermería especializada*, está cubierto hasta 100 días por período de beneficios.

### **Servicios de ambulancia** (consulte el n.º 14, páginas 28 y 29)

Los servicios de ambulancias de emergencia y no de emergencia están cubiertos conforme a las pautas de Medicare con base en la necesidad médica. Si su situación califica para la cobertura, pagará el copago establecido en las páginas 28 y 29. Si su situación no califica para la cobertura y usted usa la ambulancia de todas formas, deberá pagar el costo total.

**Nota:** El transporte en camioneta con silla de ruedas (vehículo con silla), incluso si lo brinda una compañía de ambulancias, no es el mismo que el transporte de ambulancia y nunca está cubierto independientemente de las circunstancias. El transporte en ambulancia al consultorio del médico nunca está cubierto.

### **Atención de urgencia y emergencia – a nivel mundial** (consulte los n.º 15 y 16, páginas 28 a 31)

Cuando considere razonablemente que su salud está en grave peligro, busque atención de inmediato. Una emergencia médica comprende dolor intenso, una lesión grave, una enfermedad grave o una afección médica que empeora rápidamente. El plan paga los servicios cubiertos médicamente necesarios, sujeto a copagos aplicables.

Algunas veces, es difícil saber si usted tiene una emergencia médica. Si se requiere atención médica para una situación de urgencia, como una enfermedad o lesión imprevistas, pero su salud no está en grave peligro, pagamos los servicios cubiertos médicamente necesarios, sujeto a los copagos aplicables.

Tenga en cuenta que no se brindan beneficios para los servicios que reciba fuera de los Estados Unidos que:

- Son de rutina o atención preventiva;
- Usted programó, o pudo haber programado, para recibirlos aquí en los Estados Unidos antes de partir, incluso si significara retrasar sus planes de viaje;
- No estarían cubiertos por Medicare o Tufts Health Plan Medicare Preferred en los Estados Unidos.

### **Exámenes de detección preventiva y otros servicios sin copago**

*(consulte los n.º 23 y 24, páginas 40 a 49)*

En general, usted paga un copago por visita al consultorio cuando acude al médico de atención primaria o a un especialista. No obstante, no pagará un copago por visita al consultorio cuando el único servicio brindado es un servicio preventivo cubierto por Medicare según lo descrito en las páginas 40 a 49. Además, ningún copago por visitas a su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) o enfermera registrada/practicante cuando solamente sea para someterse a prueba de tiempo de protrombina (INR) (visitas de anticoagulantes). La cobertura también se brinda sin copago para una evaluación de prevención de caídas en el hogar si lo autoriza su médico de atención primaria (PCP).

### **También ofrecemos la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D para cumplir con sus necesidades**

Cuando se inscribe a un plan Tufts Medicare Preferred HMO, puede elegir una de nuestras opciones de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Tendrá acceso a farmacias participantes en todo el estado y el país. Brindamos el servicio de pedidos por correo también, ¡para que los medicamentos que toma todos los días lleguen directo a su puerta! Cuando compre medicamentos, pagará un copago según la descripción a continuación. Cubrimos la mayoría de los medicamentos recetados e incluso cubrimos ciertos medicamentos que no están cubiertos bajo la Parte D de Medicare, como las benzodiazepinas y barbitúricos (que son sedantes).

En una situación de urgencia o emergencia, puede adquirir un suministro de 30 días de medicamento en una farmacia fuera de la red. No obstante, además del copago minorista aplicable, usted pagará la diferencia entre el costo del medicamento cuando se compra en una farmacia de la red (nuestro precio contratado) y el costo cuando se compra en una farmacia fuera de la red. Si compra en una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar el costo total del medicamento y luego presentar solicitud de reembolso menos su participación en los costos.

### **Medicamentos cubiertos y no cubiertos**

El formulario de Tufts Medicare Preferred HMO es una lista de medicamentos recetados aprobada para que cubra Tufts Health Plan Medicare Preferred. En general, cubriremos los medicamentos enumerados en nuestro formulario siempre que el medicamento sea médicamente necesario, que sea adquirido en una farmacia participante de Tufts Medicare Preferred HMO, y que se sigan otras reglas del plan. Durante el año, los medicamentos recetados pueden agregarse al formulario, quitarse del mismo o pasar de un nivel a otro. Si quitamos un medicamento o lo pasamos de un nivel a otro nivel con mayor participación en los costos (por ejemplo: del Nivel 2 al 3), debemos notificarle a usted con una anticipación mínima de 60 días a la fecha de entrada en vigencia del cambio.

### **Proceso de revisión médica para la cobertura de medicamentos recetados**

Si su médico considera que un medicamento incluido en uno de nuestros programas de administración de farmacias es necesario para su tratamiento, el médico puede presentar una solicitud de cobertura ante nuestro Departamento de Certificación Previa. Cubriremos el medicamento si cumple con nuestras pautas de necesidad médica. Si no se aprueba la solicitud, usted puede apelar la decisión. Para obtener información adicional, llame a nuestro departamento de Servicio de Atención al Cliente o visite nuestro sitio web según se indica en el reverso de este documento.

**Medicamentos recetados** (consulte el n.º 25, páginas 50 a 81)

	<b>Rx: Puede combinarse con los planes Tufts Medicare Preferred HMO Prime, Value o Basic</b>				<b>Rx Plus: Puede combinarse con el plan Tufts Medicare Preferred HMO Prime <u>únicamente</u></b>			
	<b>Usted no paga deducible. Usted está cubierto hasta \$2,930 de costos de medicamentos pagados por usted y el plan. Usted paga:</b>							
<b>Minorista</b>	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>	<b>Nivel 3</b>	<b>Nivel 4</b>	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>	<b>Nivel 3</b>	<b>Nivel 4</b>
Suministro para 30 días	\$10	\$43	\$93	33%	\$8	\$35	\$75	33%
Suministro para 60 días	\$20	\$86	\$186	33%	\$16	\$70	\$150	33%
Suministro para 90 días	\$30	\$129	\$279	33%	\$24	\$105	\$225	33%
<b>Pedidos por correo</b>	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>	<b>Nivel 3</b>	<b>Nivel 4</b>	<b>Nivel 1</b>	<b>Nivel 2</b>	<b>Nivel 3</b>	<b>Nivel 4</b>
Suministro para 30 días	\$8	\$43	\$93	33%	\$7	\$35	\$75	33%
Suministro para 60 días	\$16	\$86	\$186	33%	\$14	\$70	\$150	33%
Suministro para 90 días	\$24	\$129	\$279	33%	\$21	\$105	\$225	33%
<b>En el Período sin cobertura</b>	<b>Después de alcanzar los \$2,930 y hasta que sus pagos lleguen a \$4,700*, usted paga:</b>							
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 86% para medicamentos genéricos de la Parte D</li> <li>• 100% para medicamentos de marca de la Parte D. El precio que pague puede incluir un 50% de descuento brindado por los fabricantes del medicamento</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copagos de Nivel 1 para medicamentos de Nivel 1 (genéricos)</li> <li>• 86% para todos los demás medicamentos genéricos de la Parte D</li> <li>• 100% para medicamentos de marca de la Parte D. El precio que pague puede incluir un 50% de descuento brindado por los fabricantes del medicamento</li> </ul>			
<b>Después del Período sin cobertura</b>	<b>Cuando sus pagos para el año superen \$4,700*, usted pagará el mayor de los siguientes montos:</b>							
	Coseguro del 5% por receta, o \$2.60 para medicamentos genéricos de la Parte D y \$6.50 para medicamentos de marca de la Parte D							

\*\* El monto descontado por el fabricante en el Período sin cobertura cuenta para sus costos de bolsillo como si hubiera pagado usted el monto total del medicamento. Esto lo ayuda a pasar el período sin cobertura.

**Tenga en cuenta:** Cuando compre en un lugar minorista, pagará el copago o el monto que cobre el minorista (el monto que resulte más bajo).

## **Círculos de derivación**

Usted elige un médico de atención primaria (PCP) entre más de 1,600 PCP en nuestro plan (si no tiene actualmente un PCP, nuestros representantes pueden ayudarlo a encontrar uno que cumpla con sus necesidades). **El PCP que elija trabaja con ciertos especialistas del plan, llamados “círculo de derivación”, para brindar la atención médica que usted necesita.** Esto significa, en la mayoría de los casos, que no tiene acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred HMO, salvo en situaciones de atención de urgencia o emergencia, o para diálisis renal fuera del área. Si usted recibe atención de rutina de proveedores fuera de la red, ni Medicare ni Tufts Health Plan Medicare Preferred serán responsables de los costos. Este enfoque de atención coordinada asegura que usted reciba el nivel correcto de atención, en el lugar indicado y en el momento justo.

## **Limitaciones y exclusiones**

Los beneficios enumerados en este Resumen de beneficios pueden estar sujetos a limitaciones y exclusiones. Cuando se convierte en miembro de un plan Tufts Medicare Preferred HMO, usted recibe un libro de Evidencia de cobertura que explica todas las limitaciones y exclusiones. Si tiene dudas sobre las limitaciones y exclusiones, comuníquese con nosotros al número de teléfono en el reverso de este libro.

## **Área de servicio**

El área de servicio para los planes Tufts Medicare Preferred HMO incluye los siguientes condados: Barnstable, Bristol\*, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth\*, Suffolk y Worcester, MA. Para inscribirse en un plan Tufts Medicare Preferred HMO, deberá residir en una de estas áreas. El asterisco (\*) indica condado parcial. Si reside en uno de los siguientes códigos postales, usted vive fuera del área de servicio y no es elegible para ser miembro: Condado de Bristol: 02715, 02718, 02764, 02779, 02780, 02783. Condado de Plymouth: 02344, 02346, 02347, 02348, 02349.

## **Renovación de contratos**

El contrato Medicare Advantage entre Tufts Health Plan Medicare Preferred y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) se renueva todos los años. Tufts Health Plan Medicare Preferred está autorizado por ley para negarse a renovar su contrato con CMS, y CMS también puede negarse a renovarlo. La no renovación o la rescisión puede traer como consecuencia la finalización de la inscripción del beneficiario en el plan. No se garantiza la disponibilidad de cobertura luego del fin del año del contrato. Para obtener más detalles, comuníquese con Tufts Health Plan Medicare Preferred.

## **Política de privacidad**

Nuestra política de privacidad aparece publicada en nuestro sitio web. Si no tiene acceso a la Web, comuníquese con nosotros al número de teléfono que aparece al reverso de este libro para recibir copia por correo postal.

**Notas:**

---

**Notas:**

---

## TUFTS HEALTH PLAN MEDICARE PREFERRED...

*Estamos aquí para ayudarlo.*

Si tiene alguna pregunta, llámenos sin cargo y nos complace ayudarlo. 1-800-978-2222. Las personas con impedimentos auditivos pueden llamar al: TTY 1-888-899-8977. Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (Del 15 de octubre al 14 de febrero, los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.). Fuera del horario de atención y en días festivos, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el día hábil siguiente.

O visite nuestro sitio web en [tuftsmedicarepreferred.org](https://tuftsmedicarepreferred.org).

Visit us online at

[tuftsmedicarepreferred.org](https://tuftsmedicarepreferred.org)

LEARN | COMPARE | ENROLL

TUFTS  Health Plan  
Medicare Preferred

705 Mount Auburn Street, Watertown, MA 02472