



Resumen de beneficios 2022

Planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO

Este *Resumen de beneficios* abarca los planes en los siguientes condados de Massachusetts: **Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.**

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus

La información provista sobre beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No indica todos los servicios que cubrimos ni tampoco todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite **www.thpmp.org** o consulte la *Evidencia de Cobertura*. También puede solicitar una copia impresa llamando a Relaciones con el cliente al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Resumen de beneficios del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

Tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

- Una opción es recibir sus beneficios mediante el plan Original Medicare (Medicare con pago por servicio). El plan Original Medicare lo administra directamente el gobierno federal.
- Otra opción es que reciba sus beneficios de Medicare si se inscribe en un plan de salud de Medicare (como Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare:

Este folleto de *Resumen de beneficios* le muestra de forma breve los servicios que cubre Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO y lo que usted debe pagar.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los demás planes los correspondientes folletos de Resumen de beneficios. O bien, use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare y usted*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia al teléfono **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lo que debe saber de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, debe tener derecho a Medicare Part A, estar inscrito en Medicare Part B y vivir en nuestra área de servicio.

El área de servicio de los planes descritos en este documento abarca los siguientes condados en Massachusetts: Barnstable, Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa médicos que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios.

Generalmente debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas en el caso de medicamentos cubiertos de Part D. Puede ver el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web (www.thpmp.org).

Este documento está disponible en otros formatos como braille y letra grande.

Círculos de referidos

Su médico de atención primaria (PCP) trabaja con determinados especialistas del plan, lo que se denomina “círculo de referidos” para proveerle la atención médica que usted necesita. Su PCP le brindará la mayor parte de la atención y ayudará a coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro del plan. En la mayoría de los casos, debe obtener un referido de su PCP antes de ver a cualquier otro médico. Esto significa que usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, salvo en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal fuera de la red.

¿Qué cubrimos?

Cubrimos todo lo que cubre el plan Original Medicare y más.

- Los miembros de nuestro plan reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted puede pagar en nuestro plan menos de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, puede pagar más.
- Los miembros de nuestro plan también reciben algo más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.

Los planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus cubren los medicamentos de Part D. Asimismo, todos los planes cubren los medicamentos de Part B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de Part D) y cualquier otra restricción en nuestro sitio web: www.thpmp.org.

¿Cómo determinaré los costos de medicamentos para los planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis “niveles”. Tendrá que usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que pague depende del nivel del medicamento y qué etapa del beneficio ha alcanzado. Más adelante en este documento analizaremos las etapas de los beneficios que recibirá después de que alcance su deducible: Cobertura inicial, el Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan				
Middlesex, Norfolk, Plymouth, Barnstable, Bristol	\$0 por mes		No se ofrece	\$56 por mes
Essex, Suffolk	\$0 por mes		\$28 por mes	\$71 por mes
Hampden, Hampshire	\$0 por mes		No se ofrece	\$45 por mes
Worcester	\$0 por mes		\$20 por mes	\$53 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.			
Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	\$250 al año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5		Este plan no cubre medicamentos recetados.	\$225 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	\$5,900	\$7,550	\$3,450	
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus desembolsos para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de sus desembolsos, pagaremos el costo total de los servicios hospitalarios y médicos cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos recetados de Part D, si corresponde).			
Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados				
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> \$390 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90 No pagará nada por día desde el día 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$350 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90 No pagará nada por día desde el día 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90 No pagará nada por día desde el día 91 en adelante 	
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa.			
Atención hospitalaria para pacientes externos				
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$370 de copago por día	\$350 de copago por día	\$250 de copago por día	
Cirugía externa, (servicios prestados en instalaciones hospitalarias externos y centros de cirugía externa)	Colonoscopias: \$0 Otros: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$350 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$250 de copago por día	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido del PCP. Es posible que se requiera autorización previa.			

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Prima mensual del plan				
\$103 por mes	\$164 por mes	\$133 por mes	\$191 por mes	\$225 por mes
\$123 por mes	\$186 por mes	\$156 por mes	\$216 por mes	\$248 por mes
No se ofrece	\$89 por mes	No se ofrece	\$109 por mes	\$129 por mes
\$112 por mes	\$176 por mes	\$152 por mes	\$206 por mes	No se ofrece
Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.				
Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
\$3,450		\$3,450		
Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus desembolsos para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de sus desembolsos, pagaremos el costo total de los servicios hospitalarios y médicos cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos recetados de Part D, si corresponde).				

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados				
<ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago diario para los días del 1 al 5 • No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90 • No pagará nada por día desde el día 91 en adelante 		<ul style="list-style-type: none"> • \$300 de copago por estadía • No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario. 		<ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por estadía • No pagará más de \$400 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.
Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa.				
Atención hospitalaria para pacientes externos				
\$150 de copago por día		\$100 de copago por día		\$75 de copago por día
Colonoscopias: \$0 Otros: \$150 de copago por día		Colonoscopias: \$0 Otros: \$100 de copago por día		Colonoscopias: \$0 Otros: \$75 de copago por día
Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido del PCP. Es posible que se requiera autorización previa.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Consultas médicas				
Médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	
Especialista	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Lo que debería saber	No hay copago por un examen médico anual con el PCP. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.			
Atención preventiva	No paga nada	No paga nada	No paga nada	
Lo que debería saber	Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.			
Atención de emergencia	\$90 de copago por consulta	\$90 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Si lo ingresan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.			
Servicios de urgencia	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	
Lo que debería saber	La atención de urgencia pueden proporcionarla proveedores de la red o fuera de la red si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.			
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes				
Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	\$350 de copago por día \$100 por día por ecografía	\$325 de copago por día \$100 por día por ecografía	\$250 de copago por día \$100 por día por ecografía	
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$20 por día	\$10 por día	\$10 por día	
Servicios de laboratorio	No paga nada	Pruebas inmunoquímicas fecales (FIT por sus siglas en inglés): \$0 Otros: \$10 por día	Pruebas FIT: \$0 Otros: \$10 por día	
Radiografías de pacientes externos	\$20 por día	\$10 por día	\$10 por día	
Lo que debería saber	No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes ambulatorios si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se requiera autorización previa.			
Servicios para la audición				
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Prótesis auditivas	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas Nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditivas Nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditivas Nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditivas Nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas			
Lo que debería saber	Antes de que reciba un examen auditivo de diagnóstico de parte de un especialista, debe obtener un referido del PCP. Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.			

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Consultas médicas				
\$10 de copago por consulta		\$10 de copago por consulta		
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
No hay copago por un examen médico anual con el PCP. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
No paga nada		No paga nada		
Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.				
\$110 de copago por consulta		\$110 de copago por consulta		
Si lo ingresan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.				
\$30 de copago por consulta		\$30 de copago por consulta		
La atención de urgencia pueden proporcionarla proveedores de la red o fuera de la red si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.				
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes				
\$100 de copago por día		20 % del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico		
\$5 por día		No paga nada		
Pruebas FIT: \$0 Otros: \$5 por día		No paga nada		
\$5 por día		No paga nada		
No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes ambulatorios si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se requiera autorización previa.				
Servicios para la audición				
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas Nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditivas Nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditivas Nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditivas Nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas				
Antes de que reciba un examen auditivo de diagnóstico de parte de un especialista, debe obtener un referido del PCP. Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios dentales				
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos como limpieza, exámenes de rutina ni radiografías dentales.			
Beneficio incorporado de servicios dentales	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,500 de máximo por año calendario • \$0 por servicios preventivos como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios mayores y de restauración. • \$100 de deducible en servicios dentales mayores y de restauración. • Sin tiempo de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,000 de máximo por año calendario. • \$0 por servicios preventivos como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios de restauración como empastes y extracciones simples. • Sin deducible. • Sin tiempo de espera. 		
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO.			
Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred	N/A	Cubierto con una prima adicional Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.		
Servicios de la vista				
Examen de la vista de rutina (hasta 1 por año)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	
Lo que debería saber	Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes de rutina de la vista. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año. Necesita un referido del PCP para un examen de diagnóstico de la vista.			
Servicios de salud mental				
Consulta de paciente hospitalizado	\$370 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90.	\$350 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90.	\$275 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90.	
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Servicios dentales				
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos como limpieza, exámenes de rutina ni radiografías dentales.				
<ul style="list-style-type: none"> • \$1,000 de máximo por año calendario. • \$0 por servicios preventivos como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios de restauración como empastes y extracciones simples. • Sin deducible. • Sin tiempo de espera. 		No cubierto		
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO.		N/A		
Cubierto con una prima adicional Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.				
Servicios de la vista				
\$15 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
\$0 de copago por consulta		\$0 de copago por consulta		
Hasta \$150 de subsidio por año calendario		Hasta \$150 de subsidio por año calendario		
Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes de rutina de la vista. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año. Necesita un referido del PCP para un examen de diagnóstico de la vista.				
Servicios de salud mental				
\$200 de copago diario para los días del 1 al 5 No pagará nada por día desde el día 6 hasta el 90.		\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.		\$200 de copago por estadía. No pagará más de \$400 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.
\$20 de copago por consulta		\$10 de copago por consulta		

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicios para atención de salud mental de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general.</p> <p>Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual externa, debe obtener un referido del PCP.</p>			
Centro de enfermería especializada (SNF)				
Centro de enfermería especializada (SNF)	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$180 de copago diario para los días del 21 al 44 • \$0 de copago diario para los días del 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$180 de copago diario para los días del 21 al 44 • \$0 de copago diario para los días del 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$160 de copago diario para los días del 21 al 44 • \$0 de copago diario para los días del 45 al 100 	
Lo que debería saber	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés) por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>			
Fisioterapia				
Terapia ocupacional	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	
Lo que debería saber	<p>Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, debe obtener un referido del PCP.</p>			
Ambulancia				
Ambulancia	\$350 de copago por viaje	\$350 de copago por viaje	\$325 de copago por viaje	
Lo que debería saber	<p>Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.</p>			
Transporte				
Transporte	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	
Lo que debería saber	<p>Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, van o sedán para personas en silla de ruedas) proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un Centro de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.</p>			
Medicamentos de Medicare Part B				
Medicamentos de Medicare Part B	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p>	
Lo que debería saber	<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>			

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicios para atención de salud mental de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general.</p> <p>Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual externa, debe obtener un referido del PCP.</p>				
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$120 de copago diario para los días del 21 al 44 • \$0 de copago diario para los días del 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$80 de copago diario para los días del 21 al 44 • \$0 de copago diario para los días del 45 al 100 		<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago diario para los días del 1 al 20 • \$0 de copago diario para los días del 21 al 100 	
<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa.</p>				
<p>Fisioterapia</p>				
\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta			
\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta			
<p>Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, debe obtener un referido del PCP.</p>				
<p>Ambulancia</p>				
\$225 de copago por viaje	\$125 de copago por viaje		\$90 de copago por viaje	
<p>Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.</p>				
<p>Transporte</p>				
\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje			
<p>Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, van o sedán para personas en silla de ruedas) proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un Centro de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.</p>				
<p>Medicamentos de Medicare Part B</p>				
<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: No paga nada.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: No paga nada.</p>			
<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>				

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	\$250 al año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	\$225 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<ul style="list-style-type: none"> Después de pagar su deducible anual de \$250 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen \$4,430. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo. 	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<ul style="list-style-type: none"> Después de pagar su deducible anual de \$225 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen \$4,430. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---	--

Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$4	\$8	\$12	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	Este plan no tiene deducible.	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen \$4,430. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo. 	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D.	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen \$4,430. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo. 	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida								
Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
\$0	\$0	\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$4	\$8	\$12	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$47	\$94	\$141	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$100	\$200	\$300	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
33 % del costo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

**Beneficios de medicamentos
recetados: Cobertura inicial**

Tufts Health Plan
Medicare Preferred **HMO Smart Saver Rx**
HMO Saver Rx

Tufts Health Plan
Medicare Preferred **HMO Basic Rx**

Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A

Costos compartidos de farmacia de pedido por correo

Nivel	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$4	\$8	\$8	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$94	\$47	\$94	\$94
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	28 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.

Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$250 del Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del Nivel 3, 4 y 5 y usted paga su parte.

Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.

Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6 y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$225 del Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del Nivel 3, 4 y 5 y usted paga su parte.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida								
Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
\$47	\$94	\$141	\$45	\$90	\$135	\$30	\$60	\$90
\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
\$47	\$94	\$94	\$45	\$90	\$90	\$30	\$60	\$60
\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza \$4,430.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$7,050, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza \$4,430.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$7,050, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<p>Después de que sus desembolsos para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$3.95 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$3.95 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza \$4,430.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$7,050, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza \$4,430.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$7,050, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza \$4,430.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, sus costos compartidos para el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 y Nivel 6 serán del 25% del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y del 25% del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos. La tabla a continuación muestra sus costos compartidos para los medicamentos del Nivel 1 y el Nivel 2 durante esta etapa. Permanece en esta etapa hasta que sus costos totalicen \$7,050, que es el término del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>

Costos compartidos en farmacia minorista			
Medicamento cubierto	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
Nivel 1 (Genérico preferido)			
Todos	\$2	\$4	\$6
Nivel 2 (Genérico)			
Todos	\$4	\$8	\$12
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo			
Nivel 1 (Genérico preferido)			
Todos	\$2	\$4	\$4
Nivel 2 (Genérico)			
Todos	\$4	\$8	\$8

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Después de que sus desembolsos para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$3.95 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$3.95 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$3.95 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.85 para todos los demás medicamentos.

BENEFICIOS OPCIONALES (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred				
Los beneficios son, entre otros, los siguientes:	N/A	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos Servicios dentales integrales 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos Servicios dentales integrales 	
Prima mensual	N/A	\$18.50 adicionales por mes.	\$18.50 adicionales por mes.	
Lo que debería saber	N/A	Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.	Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B y la prima mensual de su plan.	
Deducible	N/A	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option ofrece los siguientes beneficios:	N/A	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 	
Lo que debería saber	N/A	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Máximo de \$1,000 por año calendario. Sin tiempo de espera.		
Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Acupuntura				
Servicios de acupuntura	\$20 de copago por consulta		\$20 de copago por consulta	
Lo que debería saber	<p>Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para miembros con dolor lumbar crónico. 8 consultas adicionales cubiertas para aquellas personas que demuestren una mejora. No se administran más de 20 consultas al año.</p> <p>Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.</p> <p>El plan reembolsará los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado si cuenta con un referido de su PCP.</p> <p>Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte “Programas de bienestar” para obtener información adicional.</p>			
Atención quiropráctica				
Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de su columna se desplazan de su lugar)	\$15 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
---	--	---	--	---

Opción dental de Tufts Health Plan Medicare Preferred

<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos Servicios dentales integrales 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios dentales preventivos Servicios dentales integrales
\$18.50 adicionales por mes.	\$30 adicionales por mes.
Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B y la prima mensual de su plan.	
Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
<ul style="list-style-type: none"> Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 	<ul style="list-style-type: none"> Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %.

La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Máximo de \$1,000 por año calendario. Sin tiempo de espera.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
---	--	---	--	---

Acupuntura

\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta
<p>Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para miembros con dolor lumbar crónico. 8 consultas adicionales cubiertas para aquellas personas que demuestren una mejora. No se administran más de 20 consultas al año. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP. El plan reembolsará los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado si cuenta con un referido de su PCP. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte "Programas de bienestar" para obtener información adicional.</p>	

Atención quiropráctica

\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
-----------------------------	-----------------------------

Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.			
Cuidado de los pies (servicios de podología)				
Exámenes y tratamiento de los pies si usted tiene daño en los nervios relacionados con la diabetes o si reúne ciertas condiciones	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.			
Servicios de salud a domicilio				
Atención en una agencia de atención médica a domicilio	No paga nada		No paga nada	
Terapia de infusión domiciliaria	No paga nada		No paga nada	
Lo que debería saber	Es posible que se exija una autorización previa para la terapia de infusión en el hogar.			
Hospicio				
	Beneficios proporcionados por Medicare.		Beneficios proporcionados por Medicare.	
Lo que debería saber	Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.			
Equipos o suministros médicos				
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20 % del costo		20 % del costo	
Dispositivos prostéticos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20 % del costo		20 % del costo	
Lo que debería saber	<p>El plan cubre los siguientes elementos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si mejorará su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada cinco años <p>El plan cubre los siguientes elementos adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para miembros con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>			
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento de cáncer)	\$500 por año		\$500 por año	
Servicios y suministros para la diabetes	No paga nada		No paga nada	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
\$15 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
Cuidado de los pies (servicios de podología)				
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
Servicios de salud a domicilio				
No paga nada		No paga nada		
No paga nada		No paga nada		
Es posible que se exija una autorización previa para la terapia de infusión en el hogar.				
Hospicio				
Beneficios proporcionados por Medicare.		Beneficios proporcionados por Medicare.		
Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.				
Equipos o suministros médicos				
10 % del costo		10 % del costo		
10 % del costo		10 % del costo		
El plan cubre los siguientes elementos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si mejorará su seguridad:				
<ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada cinco años • El plan cubre los siguientes elementos adicionales: • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para miembros con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses 				
Es posible que se requiera autorización previa.				
\$500 por año		\$500 por año		
No paga nada		No paga nada		

Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación sobre autocontrol de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se puede aplicar un copago si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio. Se necesita un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>También tienen cobertura los suministros para pruebas para diabéticos como tiras reactivas para pruebas, medidores de glucosa y sistemas de monitoreo terapéutico y continuo de glucosa en farmacias minoristas y de orden por correo participantes.</p> <p>Se requiere autorización previa para monitores terapéuticos continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés).</p>			
Terapia externa para el consumo de sustancias				
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por consulta		\$25 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.			
Diálisis renal				
	20 % del costo		20 % del costo	
Servicios de Telehealth o telemedicina				
	<p>Servicios cubiertos por Medicare, más servicios adicionales de telehealth, como servicios de PCP, servicios de especialistas y más.</p> <p>Usted paga \$0 por consultas electrónicas o virtuales. Para todas las otras consultas de Telehealth el copago es el mismo que corresponde a la consulta en persona. Las mismas reglas de referido que corresponden a las consultas en persona aplican a los servicios adicionales de Telehealth.</p>			
Programas de bienestar				
Productos de venta sin receta (OTC) de Medicare	\$50 por trimestre calendario		N/A	
Lo que debería saber	No hay traspaso del saldo no utilizado de un trimestre calendario a otro. Productos disponibles solo del catálogo de medicamentos de venta sin receta suministrados por el médico aprobado por el plan.		N/A	
Programa de control del peso	El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control del peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.			
Subsidio para bienestar	El plan entrega un subsidio anual de \$250 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.		El plan entrega un subsidio anual de \$150 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.	
SilverSneakers®	N/A		<p>Se aplica solamente a los residentes del Condado de Worcester.</p> <p>SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los miembros reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.</p>	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación sobre autocontrol de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se puede aplicar un copago si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio. Se necesita un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p>				
<p>La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p>				
<p>También tienen cobertura los suministros para pruebas para diabéticos como tiras reactivas para pruebas, medidores de glucosa y sistemas de monitoreo terapéutico y continuo de glucosa en farmacias minoristas y de orden por correo participantes.</p>				
<p>Se requiere autorización previa para monitores terapéuticos continuos de glucosa (CGM).</p>				
<p>Terapia externa para el consumo de sustancias</p>				
\$20 de copago por consulta		\$10 de copago por consulta		
<p>Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.</p>				
<p>Diálisis renal</p>				
20 % del costo		20 % del costo		
<p>Servicios de Telehealth (Telesalud)</p>				
<p>Servicios cubiertos por Medicare, más servicios adicionales de telehealth, como servicios de PCP, servicios de especialistas y más.</p>				
<p>Usted paga \$0 por consultas electrónicas o virtuales. Para todas las otras consultas de Telehealth el copago es el mismo que corresponde a la consulta en persona. Las mismas reglas de referido que corresponden a las consultas en persona aplican a los servicios adicionales de Telehealth.</p>				
<p>Programas de bienestar</p>				
N/A				
N/A				
<p>El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control del peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.</p>				
<p>El plan entrega un subsidio anual de \$150 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.</p>				
<p>Se aplica solamente a los residentes del Condado de Worcester.</p> <p>SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los miembros reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.</p>				N/A



¿Tiene preguntas?

Visítenos en www.hpmp.org, o llame al 1-877-409-3499 (TTY: 711).



705 Mount Auburn Street
Watertown, MA 02472

Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711) para obtener más información. Los beneficios dentales los administra Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo la marca Dominion National. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o red de médicos, le rogamos comunicarse con Relaciones con el Cliente. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos raciales, de color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711). ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-670-5934 (TTY: 711).