



a Point32Health company

Resumen de beneficios 2023

Planes de Tufts 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)

Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)

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 Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

En vigor del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

H2256_2023_6_M_SPA

Resumen de beneficios del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

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 Medicare Preferred HMO).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto de *Resumen de beneficios* le muestra en forma breve los servicios que cubre Tufts 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 Medicare Preferred HMO

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a Tufts 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 Medicare Preferred HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores 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).

Círculos de referidos

Su proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) 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 proveedor del cuidado de la salud. Esto significa que usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts 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 mis medicamentos para los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts 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.

Un mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin costo alguno, incluso si no ha pagado el deducible (si corresponde). Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros.

Un mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina: usted no pagará más de \$35 por un suministro de insulina cubierto por nuestro plan para un mes (30 días), sin importar el nivel de costos compartidos en el que esté, incluso si no ha pagado el deducible (si corresponde).

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

	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan				
Middlesex, Norfolk, Plymouth, Barnstable, Bristol	\$0 por mes	\$0 por mes	No se ofrece	\$59 por mes
Essex, Suffolk	\$0 por mes	\$0 por mes	\$28 por mes	\$69 por mes
Hampden, Hampshire	\$0 por mes	\$0 por mes	No se ofrece	\$48 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$0 por mes	\$20 por mes	\$51 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.			
Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	\$100 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	\$250 por 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	\$3,650	\$3,650
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 desembolsos, nosotros pagaremos el costo total de su cobertura de servicios hospitalarios y médicos 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados				
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> \$380 de copago diario para los días del 1 al 5 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$350 de copago diario para los días del 1 al 5 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago diario para los días del 1 al 5 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$275 de copago diario para los días del 1 al 5 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 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	\$370 de copago por día	\$270 de copago por día	\$270 de copago por día
Cirugía externa (servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$270 de copago por día

	Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Prima mensual del plan					
	\$103 por mes	\$167 por mes	\$133 por mes	\$194 por mes	\$228 por mes
	\$123 por mes	\$189 por mes	\$156 por mes	\$224 por mes	\$256 por mes
	No se ofrece	\$97 por mes	No se ofrece	\$117 por mes	\$137 por mes
	\$112 por mes	\$174 por mes	\$152 por mes	\$204 por mes	No se ofrece
Lo que debería saber	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.
	\$3,650	\$3,650	\$3,650	\$3,650	\$3,650
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 desembolsos, nosotros pagaremos el costo total de su cobertura de servicios hospitalarios y médicos 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 Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts 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 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> \$200 de copago diario para los días del 1 al 5 \$0 para los días del 6 al 90 \$0 para los días del 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"> \$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 hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.
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					
	\$150 de copago por día	\$150 de copago por día	\$100 de copago por día	\$100 de copago por día	\$75 de copago por día
	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$75 de copago por día

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$170 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$170 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.			
Consultas médicas				
Médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Especialista	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago por un examen médico anual con el PCP. El copago por visita al consultorio se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.			
Atención preventiva	\$0	\$0	\$0	\$0
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	\$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	\$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	\$250 de copago por día \$100 por día por ecografía
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día
Servicios de laboratorio	\$0	\$0	\$0	\$0
Radiografías de pacientes externos	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día
Lo que debería saber	No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes externos si los servicios se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o de una visita de atención urgente. Es posible que se requiera autorización previa.			

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros servicios: \$75 de copago por día
Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido del PCP. Es posible que se requiera autorización previa.				
Consultas médicas				
\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
No hay copago por un examen médico anual con el PCP. El copago por visita al consultorio se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.				
\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$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	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Proveedores de la red o fuera de la red pueden proporcionar atención de urgencia si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles ni 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	\$100 de copago por día	20 % del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico.	20 % del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico.	20 % del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico.
\$10 por día	\$10 por día	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$10 por día	\$10 por día	\$0	\$0	\$0
No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes externos si los servicios se realizan y se facturan como parte de una visita al consultorio o de una visita de atención urgente. Es posible que se requiera autorización previa.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios para la audición				
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$0	\$0	\$0	\$0
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.			
Servicios dentales				
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 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 básicos y mayores. \$100 de deducible en servicios básicos y mayores. 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 básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. 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 básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. 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 básicos, 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.			
Tufts Medicare Preferred Dental Option	N/A	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Servicios para la audición				
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
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.				
Servicios dentales				
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 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 básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. 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 básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin tiempo de espera. 	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO.		N/A	N/A	N/A
Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios de la vista				
Examen de rutina de la vista (hasta 1 por año)	\$15 de copago por consulta	\$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	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 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	\$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	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. Requiere 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. \$0 para los días del 6 al 90.	\$350 de copago diario para los días del 1 al 5. \$0 para los días del 6 al 90.	\$275 de copago diario para los días del 1 al 5. \$0 para los días del 6 al 90.	\$275 de copago diario para los días del 1 al 5. \$0 para los días del 6 al 90.
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
Lo que debería saber	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. Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido del PCP. No se requiere un referido para otros servicios de atención de salud mental de pacientes externos.			
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 	<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	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. Es posible que se requiera autorización previa.			

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Servicios de la vista				
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 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	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	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. Requiere 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. \$0 para los días del 6 al 90.	\$200 de copago diario para los días del 1 al 5. \$0 para los días del 6 al 90.	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.	\$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 hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
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. Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido del PCP. No se requiere un referido para otros servicios de atención de salud mental de pacientes externos.				
Centro de enfermería especializada (SNF)				
<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 \$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 \$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
Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF) por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Fisioterapia				
Terapia ocupacional	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Fisioterapia y terapia del habla y lenguaje	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y lenguaje, debe obtener un referido del PCP.			
Ambulancia				
Ambulancia	\$350 de copago por viaje de ida	\$350 de copago por viaje de ida	\$325 de copago por viaje de ida	\$325 de copago por viaje de ida
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.			
Transporte				
Transporte	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje
Lo que debería saber	Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, vehículo de butacas/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.			
Medicamentos de Medicare Part B				
Medicamentos de Medicare Part B	Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo. Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días. Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo. Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días. Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo. Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días. Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo. Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días. Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.
Lo que debería saber	Usted paga \$35 por suministro de insulina cubierto para 30 días cuando se usa una bomba de insulina. Es posible que se requiera autorización previa. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.			

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Fisioterapia				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y lenguaje, debe obtener un referido del PCP.				
Ambulancia				
\$225 de copago por viaje de ida	\$225 de copago por viaje de ida	\$125 de copago por viaje de ida	\$125 de copago por viaje de ida	\$90 de copago por viaje de ida
Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.				
Transporte				
\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje
Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, vehículo de butacas/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.				
Medicamentos de Medicare Part B				
Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0. Insulina: \$0. Otros medicamentos de Part B: \$0.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0. Insulina: \$0. Otros medicamentos de Part B: \$0.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0. Insulina: \$0. Otros medicamentos de Part B: \$0.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0. Insulina: \$0. Otros medicamentos de Part B: \$0.	Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0. Insulina: \$0. Otros medicamentos de Part B: \$0.
Es posible que se requiera autorización previa. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.				

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	\$100 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	\$250 por 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<ul style="list-style-type: none"> Después de pagar su deducible anual de \$100 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,660. 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Después de pagar su deducible anual de \$250 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,660. 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 de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,660. 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida									
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6	\$4	\$8	\$12	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31 % del costo	N/A	N/A	29 % 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	\$0	N/A	N/A
Insulina	\$35	\$70	\$105	\$35	\$70	\$105	\$35	\$70	\$105

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts 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 Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts 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 los \$4,660. 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 los \$4,660. 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 Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida								
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
\$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
\$35	\$70	\$105	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141	\$47	\$94	\$141
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31 % del costo	N/A	N/A	29 % 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	\$0	N/A	N/A
Insulina	\$35	\$70	\$105	\$35	\$70	\$105	\$35	\$70	\$105
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4	\$4	\$8	\$8	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$94	\$47	\$94	\$94	\$47	\$94	\$94
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	31 % del costo	N/A	N/A	29 % 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	N/A	N/A	N/A
Insulina	\$35	\$70	\$70	\$35	\$70	\$70	\$35	\$70	\$70
	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 e insulina y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$100 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 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 e insulina y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$250 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 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 e insulina y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$225 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.		

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$141	\$45	\$90	\$135	\$30	\$60	\$90
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Insulina	\$35	\$70	\$105	\$35	\$70	\$105	\$30	\$60	\$90
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
Nivel 2 (Genérico)	\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47	\$94	\$94	\$45	\$90	\$90	\$30	\$60	\$60
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Insulina	\$35	\$70	\$70	\$35	\$70	\$70	\$30	\$60	\$60
	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 y usted paga su parte del costo.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. 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 y usted paga su parte del costo.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. 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 y usted paga su parte del costo.		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts 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 nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,660.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por suministro de insulina cubierto para 30 días y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, 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 \$7,400, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>			

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts 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 nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,660.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por suministro de insulina cubierto para 30 días y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, 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 \$7,400, que es el fin del período sin cobertura. 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 nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,660.</p> <p>Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por suministro de insulina cubierto para 30 días y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, y sus costos compartidos para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 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 de Nivel 1 y Nivel 2 durante esta etapa. Permanece en esta etapa hasta que sus costos totalicen \$7,400, que es el término del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>		

Costos compartidos en farmacia minorista			
Medicamento cubierto	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
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

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$4.15 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos. 			

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$4.15 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos. 		
<p>Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$7,400, usted paga la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; o • \$4.15 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$10.35 para todos los demás medicamentos. 		

BENEFICIOS OPCIONALES (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Tufts Medicare Preferred Dental Option				
Los beneficios son, entre otros, los siguientes:	N/A	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores
Prima mensual	N/A	\$19.50 adicionales por mes.	\$19.50 adicionales por mes.	\$19.50 adicionales por mes.
Lo que debería saber	N/A	Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.		
Deducible	N/A	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Tufts 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Acupuntura				
Servicios de acupuntura	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$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>			

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Tufts Medicare Preferred Dental Option				
<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios preventivos Servicios básicos y mayores
\$19.50 adicionales por mes.	\$19.50 adicionales por mes.	\$31 adicionales por mes.	\$31 adicionales por mes.	\$31 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.	Este plan no tiene deducible.	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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. Los 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 Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Acupuntura				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$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.</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>				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
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	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$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 relacionado con la diabetes o si reúne ciertas condiciones	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 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 de una agencia de atención médica a domicilio	\$0	\$0	\$0	\$0
Terapia de infusión a domicilio	\$0	\$0	\$0	\$0
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para la terapia de infusión a domicilio.			
Hospicio				
	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado 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	20 % del costo	20 % del costo
Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Atención quiropráctica				
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$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	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 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				
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Es posible que se requiera autorización previa para la terapia de infusión a domicilio.				
Hospicio				
Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado 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	10 % del costo
10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>El plan cubre los siguientes elementos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo 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	\$500 por año	\$500 por año
Servicios y suministros para la diabetes	\$0	\$0	\$0	\$0
Lo que debería saber	<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo 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 requiere un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de controles de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>La cobertura para los Sistemas de control continuo de la glucosa (CGMS por sus siglas en inglés) terapéuticos se limita a los sistemas Freestyle Libre y requiere autorización previa.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGMS terapéuticos, también tienen cobertura en farmacias participantes minoristas y de pedido por correo.</p>			
Terapia externa para el consumo de sustancias				
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
Diálisis renal				
	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo
Servicios de telehealth/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 se aplican a los servicios adicionales de telehealth.</p>			
Programas de bienestar				
Productos de venta sin receta (OTC por sus siglas en inglés) de Medicare	\$60 por trimestre calendario	\$60 por trimestre calendario	N/A	N/A

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>El plan cubre los siguientes elementos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo 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>				
\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo 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 requiere un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de controles de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>La cobertura para los Sistemas de control continuo de la glucosa (CGMS) terapéuticos se limita a los sistemas Freestyle Libre y requiere autorización previa.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGMS terapéuticos, también tienen cobertura en farmacias participantes minoristas y de pedido por correo.</p>				
Terapia externa para el consumo de sustancias				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Diálisis renal				
20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo
Servicios de telehealth (telesalud)				
<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 se aplican a los servicios adicionales de telehealth.</p>				
Programas de bienestar				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	No hay traspaso del saldo no utilizado de un trimestre calendario a otro. Productos disponibles solo del catálogo de OTC suministrado por el proveedor aprobado por el plan.		N/A	
Programa de control de peso	El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.			
Subsidio de bienestar	El plan entrega un subsidio anual de \$350 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		Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester. 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.	

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
N/A				
El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.				
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.				
Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester. 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.				N/A

Artículos y servicios de valor añadido

Como miembro de un plan Tufts Medicare Preferred HMO, usted obtiene descuentos exclusivos además de los beneficios de su plan para ayudarle a llevar un estilo de vida saludable. Ahorre en todo, desde productos para la salud hasta de control de peso, y una variedad de programas de bienestar. Esta lista de descuentos para los miembros entra en vigor el 1 de enero de 2023 y puede cambiar durante el año. Para obtener más información, consulte nuestro sitio web www.thpmp.org/extras.

Acondicionamiento físico, nutrición y control de peso

Fitness Together

Fitness Together le empareja con un entrenador personal en un entorno privado y un plan de entrenamiento diseñado para usted. Los nuevos clientes no tienen que pagar ninguna cuota de evaluación del acondicionamiento físico y obtienen un 10 % de descuento en el precio de compra de cualquier paquete de entrenamiento personal; los clientes existentes obtienen un 10 % de descuento en los paquetes de entrenamiento personal de 36 sesiones o más.

Programa de entrega de comidas balanceadas

Obtenga un 15 % de descuento en comidas con entrega a domicilio a través de Independent Living Systems. Las comidas con entrega a domicilio ofrecen una manera conveniente y asequible para recuperarse de una enfermedad, un procedimiento quirúrgico o el manejo de una condición crónica.

Asesoramiento nutricional

Obtenga un 25 % de descuento en consultas con dietistas registrados y nutricionistas autorizados.

The Dinner Daily

The Dinner Daily hace que las cenas saludables y deliciosas sean fáciles y asequibles al proporcionarle planes de cenas semanales personalizados según sus preferencias alimentarias, necesidades dietéticas y las ofertas especiales de su supermercado local. Cene mejor, ahorre dinero y haga que las cenas sean fáciles. Los miembros reciben un 25 % de descuento en cualquier suscripción de Dinner Daily. Además, las primeras dos semanas son gratis para que lo pruebe con mayor facilidad.

Daily Burn

Obtenga una prueba gratis de 30 días seguida de un 25 % de descuento en su membresía mensual. Daily Burn ofrece más de 2,500 videos seleccionados y clases en audio con una programación variada que incluye ejercicios para todo el cuerpo, entrenamiento de barre, kickboxing, prenatal, meditación, fuerza y pilates.

Independent Living

Be Safer at Home

Obtenga un 25 % de descuento (o más) en la instalación y cuotas mensuales de un Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS por sus siglas en inglés). Una unidad PERS le permite vivir el estilo de vida independiente que desea proporcionando un recurso que siempre está allí para responder a las llamadas de emergencia.

LifeCycle Transitions

Ahorre un 20 % en una variedad de servicios que ayudan a los miembros con problemas de salud crónicos a estar bien en casa o en la transición a una nueva ubicación.

Home Instead Senior Care

Home Instead Senior Care proporciona una amplia gama de servicios de apoyo no médicos que le permiten vivir de forma segura y cómoda en cualquier lugar al que llame hogar. Obtenga \$100 de crédito por única vez en las tarifas por servicios en consultorios participantes. Una vez que contrate los servicios de Home Instead Senior Care, obtenga una inspección de seguridad del hogar gratis.

Artículos y servicios de valor añadido

Crecimiento y desarrollo personal

Descuento para Center for Mindfulness and Compassion de Cambridge Health Alliance

Ahorre un 15 % en los cursos de autocompasión consciente y reducción del estrés basada en la atención plena de 8 semanas de Center for Mindfulness and Compassion de Cambridge Health Alliance.

Ompractice

Con Ompractice, puede acceder a clases de yoga y meditación en vivo y en directo, dirigidas por un instructor, para practicar yoga desde la comodidad y la privacidad de su casa. Ompractice utiliza videos bidireccionales para que pueda participar en clases grupales y recibir comentarios y apoyo de su maestro. Suscríbase a Ompractice por \$14.99 al mes (un 40 % de descuento sobre el plan mensual) o por \$129.00 para una suscripción anual (un 30 % de descuento sobre la tarifa de suscripción habitual).

Descuentos de salud y bienestar

Terapia de masaje

Obtenga un 25 % de descuento sobre la tarifa habitual y acostumbrada o pague \$15 por 15 minutos de terapia de masaje, lo que sea menor.

Acupuntura

Reciba un 25 % de descuento en la tarifa habitual y acostumbrada.

Corrección de la vista por láser

Obtenga un 15 % de descuento sobre el precio minorista o un 5 % de descuento sobre el precio promocional en la corrección de la vista por láser de LASIK y PRK.

Jenny Craig

Comience hoy y consiga \$200 de ahorro en alimentos. ¡NUEVO! Max Up, el programa holístico más eficaz de Jenny Craig, respaldado por la ciencia. Un plan personalizado que incluye deliciosas comidas elaboradas por un chef, las revolucionarias Barras de Recarga, aperitivos, postres y divertidos planes de actividades. Entrenamiento personal uno a uno, con opciones flexibles de teléfono y en persona para maximizar sus objetivos de pérdida de peso y desarrollar hábitos saludables.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. 1-800-701-9000 ليس عليك سوى الاتصال بنا على .

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatnie skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。



¿Tiene preguntas?

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts 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 proveedores, le rogamos comunicarse con Servicios para Miembros. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tufts cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY:711).