



a Point32Health company

Resumen de Beneficios de 2026

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 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), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

En vigor del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

H2256_2026_5_M_SPA

Resumen de Beneficios del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

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 nuestros planes 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 llamando al **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, los planes podrían 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 el *Directorio de Farmacias* de nuestros planes en nuestro sitio web (**www.thpmp.org**).

Círculo 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, excepto en situaciones de emergencia o atención de 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 nuestros planes reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, es posible que usted pague menos en nuestros planes de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, es posible que pague más.
- Los miembros de nuestros planes también reciben algo más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios extras se detallan en este folleto.

Los planes 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 la Part D, además de cobertura mejorada de seleccionados medicamentos para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés). 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 de los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart 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?

Nuestros planes agrupan 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 de qué período del beneficio ha alcanzado usted. Más adelante en este documento, analizaremos los períodos de los beneficios que se presentan después de que alcance su deducible (si corresponde): Cobertura inicial y cobertura catastrófica.

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

	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan			
Middlesex, Norfolk, Plymouth, Barnstable y Bristol	\$0 por mes	No se ofrece	\$58 por mes
Essex, Suffolk	\$0 por mes	\$48 por mes	\$68 por mes
Hampden, Hampshire	\$0 por mes	No se ofrece	\$47 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$40 por mes	\$55 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.		
Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	\$6,400	\$3,850	\$3,850
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestros planes lo protegen con límites anuales en sus gastos de bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, nosotros pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando su prima mensual (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 Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados			
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$425 de copago por día para los días del 1 al 6; no paga nada a partir del día 6	\$275 de copago por día para los días del 1 al 5; no paga nada a partir del día 5	\$275 de copago por día para los días del 1 al 5; no paga nada a partir del día 5
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren 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	\$270 de copago por día	\$270 de copago por día
Cirugía externa (servicios que se proveen en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$170 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$170 de copago por día
Lo que debería saber	Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		

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				
\$123 por mes	\$166 por mes	\$153 por mes	\$193 por mes	\$227 por mes
\$143 por mes	\$188 por mes	\$176 por mes	\$223 por mes	\$255 por mes
No se ofrece	\$93 por mes	No se ofrece	\$116 por mes	\$132 por mes
\$132 por mes	\$173 por mes	\$172 por mes	\$203 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.
\$3,850	\$3,850	\$3,850	\$3,850	\$3,850
Como todos los planes de salud de Medicare, nuestros planes lo protegen con límites anuales en sus gastos de bolsillo para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, nosotros pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando su prima mensual (y costos compartidos de sus medicamentos recetados de Part D, si corresponde).				

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				
\$200 de copago por día para los días del 1 al 5; no paga nada a partir del día 5	\$200 de copago por día para los días del 1 al 5; no paga nada a partir del día 5	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios hospitalarios cubiertos 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.
Nuestros planes cubren 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 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$75 de copago por día
Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$75 de copago por día
Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts 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	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago por un examen médico anual con su PCP. El copago por consulta presencial se aplica a los servicios de cirugía que se proveen en el consultorio del médico. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir los servicios de un especialista. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
Atención preventiva (Servicios preventivos de Medicare)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.		
Atención de emergencia.	\$130 de copago por consulta	\$125 de copago por consulta	\$125 de copago por consulta
Lo que debería saber	Si lo dejan en observación o lo admiten en el hospital en un día por la misma afección, no se aplicará el copago de la atención de emergencia, sino que se aplicará el costo compartido correspondiente para observación o paciente hospitalizado. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de emergencia.		
Servicios de urgencia	\$50 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta
Lo que debería saber	Proveedores dentro de la red o fuera de la red pueden proporcionar atención de urgencia si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en el plazo de un día. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.		
Servicios de diagnóstico/exámenes de laboratorio/estudios de imágenes			
Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	\$100 de copago por día para ecografía; \$200 de copago por día para todos los demás servicios	\$100 de copago por día para ecografía; \$250 de copago por día para todos los demás servicios	\$100 de copago por día para ecografía; \$250 de copago por día para todos los demás servicios
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 de copago por día	\$20 de copago por día	\$20 de copago por día
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías para pacientes externos	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día
Lo que debería saber	Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico, los servicios de laboratorio y las radiografías para pacientes externos que se realicen y facturen como parte de una consulta presencial o de una consulta de atención de urgencia no exigirán un copago aparte, además del copago aplicable por consulta presencial o consulta de atención de urgencia. Es posible que se requiera autorización previa.		
Servicios para la audición			
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Prótesis auditiva	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva; nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditiva; nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditiva; nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditiva; nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditiva.		
Lo que debería saber	Debe comprar prótesis auditivas mediante TruHearing, Inc. para recibir el beneficio de prótesis auditiva. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. TruHearing, Inc. proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.		

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
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 su PCP. El copago por consulta presencial se aplica a los servicios de cirugía que se proveen en el consultorio del médico. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir los servicios de un especialista. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.				
\$125 de copago por consulta	\$125 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta
Si lo dejan en observación o lo admiten en el hospital en un día por la misma afección, no se aplicará el copago de la atención de emergencia, sino que se aplicará el costo compartido correspondiente para observación o paciente hospitalizado. Su plan incluye cobertura en todo el mundo 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 dentro de la red o fuera de la red pueden proporcionar atención de urgencia si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en el plazo de un día. Su plan incluye cobertura en todo el mundo para atención de urgencia.				
Servicios de diagnóstico/exámenes de laboratorio/estudios de imágenes				
\$100 de copago por día	\$100 de copago por día	20% del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.	20% del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.	20% del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.
\$10 de copago por día	\$10 de copago por día	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$10 por día	\$10 por día	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico, los servicios de laboratorio y las radiografías para pacientes externos que se realicen y facturen como parte de una consulta presencial o de una consulta de atención de urgencia no exigirán un copago aparte, además del copago aplicable por consulta presencial o consulta de atención de urgencia. Es posible que se requiera autorización previa.				
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 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva; nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditiva; nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditiva; nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditiva; nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditiva.				
Debe comprar prótesis auditivas mediante TruHearing, Inc. para recibir el beneficio de prótesis auditiva. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. TruHearing, Inc. proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios dentales			
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes de rutina o radiografías dentales. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
Beneficio incorporado complementario de servicios dentales	• \$1,500 máximo por año calendario. • \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas de rutina, exámenes bucales y radiografías de mordida; 20% de coaseguro por servicios básicos, como empastes y radiografías que no sean de mordida; y 50% de coaseguro por servicios mayores, como extracciones, dentaduras postizas, puentes y coronas. • \$0 de deducible • Sin período de espera.	• \$1,000 máximo por año calendario. • \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50% de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. • \$0 de deducible • Sin período de espera.	• \$1,000 máximo por año calendario. • \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50% de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. • \$0 de deducible • Sin período de espera.
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Se aplican otros límites de los beneficios.		
Tufts Medicare Preferred Dental Option	N/C	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección "Beneficios Opcionales" para obtener más información.	
Servicios de la vista			
Examen oftalmológico 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	\$40 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
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$250 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 oftalmológicos de rutina cubiertos. Debe comprar sus anteojos, monturas, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150 (subsidio de \$250 para HMO Smart Saver Rx). De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año (\$150 por año para HMO Smart Saver Rx). Solo se permite una compra por año calendario hasta el monto del beneficio; cualquier monto no utilizado después de la compra única caducará y no se podrá aplicar a otra compra durante el año calendario. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir el examen oftalmológico de diagnóstico. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		

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 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
Es posible que se requiera autorización previa. Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes de rutina o radiografías dentales. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
• \$1,000 máximo por año calendario. • \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50% de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. • \$0 de deducible • Sin período de espera.	• \$1,000 máximo por año calendario. • \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50% de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. • \$0 de deducible • Sin período de espera.	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Se aplican otros límites de los beneficios.	N/C		N/C	N/C
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	\$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 oftalmológicos de rutina cubiertos. Debe comprar sus anteojos, monturas, 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. Solo se permite una compra por año calendario hasta el monto del beneficio; cualquier monto no utilizado después de la compra única caducará y no se podrá aplicar a otra compra durante el año calendario. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir el examen oftalmológico de diagnóstico. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios de salud mental			
Atención para pacientes hospitalizados	\$370 de copago por día para los días del 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$275 de copago por día para los días del 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$275 de copago por día para los días del 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$30 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proveen en un hospital general.		
Centro de enfermería especializada (SNF)			
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día para los días del 1 al 20; \$218 de copago por día para los días del 21 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$160 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$160 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren hasta 100 días en un centro de enfermería especializado (SNF por sus siglas en inglés) por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa.		
Fisioterapia			
Terapia ocupacional	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
Ambulancia			
Ambulancia	\$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	Sin cobertura	\$0 de copago por viaje	\$0 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 hasta el 20% del costo; insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: Usted paga hasta el 20% del costo.		
Lo que debería saber	Su tasa real de coaseguro para medicamentos de Medicare Part B que no sean insulina cada trimestre podría variar según el ajuste de los reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su coaseguro no superará el 20% para todos los medicamentos recetados de Medicare Parte B que no sean 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
Servicios de salud mental				
\$200 de copago por día para los días del 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$200 de copago por día para los días del 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$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
Nuestros planes cubren hasta 190 días de por vida para cuidado de la salud mental de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se proveen en un hospital general.				
Centro de enfermería especializada (SNF)				
\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$120 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$120 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$80 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$80 de copago por día para los días del 21 al 44; \$0 de copago por día para los días del 45 al 100	\$20 de copago por día para los días del 1 al 20; \$0 de copago por día para los días del 21 al 100
Nuestros planes cubren hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa.				
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
Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
Ambulancia				
\$225 de copago por viaje de ida	\$225 de copago por viaje de ida	\$175 de copago por viaje de ida	\$175 de copago por viaje de ida	\$150 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				
\$0 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	\$0 de copago por viaje	\$0 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 de copago; insulina: \$0 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: \$0 de copago.				
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 Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés).	Después de pagar su deducible anual de \$615 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga los copagos de Nivel 3, Nivel 4 o Nivel 5 siguientes hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. 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 farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. 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 farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart 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
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$12/\$0*
				* Solo en el condado de Worcester		
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C

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	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. 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 farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$2,100. 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 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/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
\$4	\$8	\$12	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
33% del costo	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
\$0	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial		Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no 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	
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$5	\$10	\$15	\$14/\$6*	\$28/\$12*	\$42/\$18*	
				* Solo en el condado de Worcester			
Nivel 2 (Genérico)	\$12	\$24	\$36	\$19/\$11*	\$38/\$22*	\$57/\$33*	
				* Solo en el condado de Worcester			
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C	
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo							
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	
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4	\$4/\$0*	\$8/\$0*	\$8/\$0*	
				* Solo en el condado de Worcester			
Nivel 3 (Marca preferida)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	25% del costo (insulina: \$35)	25% del costo (insulina: \$70)	25% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	
Nivel 6 (Vacunas)	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	
	Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro 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 \$615 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 obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.			

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 no 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
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$105)	20% del costo (insulina: \$30)	20% del costo (insulina: \$60)	20% del costo (insulina: \$90)
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$105)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
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	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$35)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$70)	20% del costo (insulina: \$30)	20% del costo (insulina: \$60)	20% del costo (insulina: \$60)
40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$35)	40% del costo (insulina: \$70)	40% del costo (insulina: \$70)
33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C	33% del costo	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.								

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
	Después de que sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.	

BENEFICIOS OPCIONALES (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart 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/C	- Servicios preventivos - Servicios básicos y de mayor envergadura	- Servicios preventivos - Servicios básicos y de mayor envergadura
Prima mensual	N/C	\$38 adicionales por mes.	\$38 adicionales por mes.
<i>Lo que debería saber</i>	N/C	La prima mensual se suma a la prima mensual de su plan	
Deducible	N/C	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Tufts Medicare Preferred Dental Option ofrece los siguientes beneficios:	N/C	- 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 el 20% del costo. - Los servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50%. Usted paga el 50% del costo.	
<i>Lo que debería saber</i>	N/C	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 máximo por año calendario. Sin período de espera. Se aplican otros límites de los beneficios. Si se compra, la Opción Dental de Tufts Medicare Preferred reemplazará el beneficio dental incluido en su plan.	

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Después de que sus gastos de bolsillo anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$2,100, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.		

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				
• Servicios preventivos • Servicios básicos y de mayor envergadura	• Servicios preventivos • Servicios básicos y de mayor envergadura	• Servicios preventivos • Servicios básicos y de mayor envergadura	• Servicios preventivos • Servicios básicos y de mayor envergadura	• Servicios preventivos • Servicios básicos y de mayor envergadura
\$38 adicionales por mes.	\$38 adicionales por mes.	\$38.50 adicionales por mes.	\$38.50 adicionales por mes.	\$38.50 adicionales por mes.
La prima mensual se suma a 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.
• 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 el 20% del costo. • Los servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50%. Usted paga el 50% del costo.				
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 máximo por año calendario. Sin período de espera. Se aplican otros límites de los beneficios. Si se compra, la Opción Dental de Tufts Medicare Preferred reemplazará el beneficio dental incluido en su plan (planes Value Rx y Value No Rx solamente).				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart 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
Lo que debería saber	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. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de Subsidio de Bienestar. Consulte "Programas de bienestar" para obtener información adicional.		
Atención quiropráctica			
Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o varios huesos de la columna se desplazan de su lugar)	\$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
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
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	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
Servicios de atención médica a domicilio			
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Terapia de infusión a domicilio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir atención de una agencia de salud en el hogar. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.		
Hospicio			
	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare
Lo que debería saber	Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestros planes. Comuníquese con nosotros para obtener más información. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.		

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
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. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de Subsidio de Bienestar. Consulte "Programas de Bienestar" para obtener información adicional.				
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
Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
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
Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir estos servicios. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
Servicios de atención médica a domicilio				
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Es posible que se requiera autorización previa. Podría necesitar una derivación de su PCP antes de recibir atención de una agencia de salud en el hogar. Su PCP le proporcionará la derivación si es necesario.				
Hospicio				
Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare
Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestros planes. Comuníquese con nosotros para obtener más información. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no ha elegido el beneficio de hospicio.				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Equipos o suministros médicos			
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas u oxígeno)	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
Lo que debería saber	Los planes cubren los siguientes artículos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo mejorará su seguridad: • 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 Es posible que se requiera autorización previa.		
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento de cáncer)	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
Servicios y suministros para la diabetes	\$0 de copago para productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc., monitores continuos de la glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) y capacitación para el autocontrol de la diabetes. 20% del costo del calzado ortopédico o de las plantillas ortopédicas y todos los productos que no son Accu-Chek.	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	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. La cobertura de los monitores de glucosa en sangre, las tiras reactivas de glucosa en sangre y las soluciones de control se limita a los productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas. La cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos se limita a los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes.		
Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias			
Consulta de terapia grupal o individual	\$30 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
Servicios de telehealth/telemedicina			
	Servicios cubiertos por Medicare más servicios adicionales de telehealth, como servicios de médico de atención primaria, servicios de especialistas y más. Usted paga \$0 por las consultas electrónicas, los controles virtuales y el seguimiento a distancia del paciente con un médico de atención primaria o especialista. Para todas las demás 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.		

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
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
Los planes cubren los siguientes artículos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo mejorará su seguridad: • 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 Es posible que se requiera autorización previa.				
\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
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. La cobertura de los monitores de glucosa en sangre, las tiras reactivas de glucosa en sangre y las soluciones de control se limita a los productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas. La cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos se limita a los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes.				
Servicios para pacientes externos con trastorno por 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 telesalud				
Servicios cubiertos por Medicare más servicios adicionales de telehealth, como servicios de médico de atención primaria, servicios de especialistas y más. Usted paga \$0 por las consultas electrónicas, los controles virtuales y el seguimiento a distancia del paciente con un médico de atención primaria o especialista. Para todas las demás 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.				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Programas de Bienestar			
Crédito de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) para artículos de salud aprobados por Medicare	\$75 por trimestre calendario	N/C	N/C
Lo que debería saber	El crédito trimestral OTC es para la compra de artículos OTC aprobados por Medicare en farmacias participantes o tiendas en línea aprobadas por el plan. El saldo no utilizado al final de un trimestre calendario no se acumula. En ciertas circunstancias, los artículos pueden estar cubiertos por su beneficio de Medicare Part B o Part D.		
Programa de control de peso	El plan brinda un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers® o un programa de pérdida de peso en un hospital.		
Subsidio para el bienestar	El plan brinda un subsidio de bienestar anual de \$300 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 físicas para la memoria. Otros programas y artículos incluyen terapias alternativas, masajes terapéuticos, equipos de acondicionamiento físico para el hogar y dispositivos de seguimiento del estado físico y pulsómetros (límite de uno por año).	El plan brinda un subsidio de bienestar anual de \$150 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 físicas para la memoria. Otros programas y artículos incluyen terapias alternativas, masajes terapéuticos, equipos de acondicionamiento físico para el hogar y dispositivos de seguimiento del estado físico y pulsómetros (límite de uno por año).	
SilverSneakers®	N/C	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
Programas de Bienestar				
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C				
El plan brinda un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers® o un programa de pérdida de peso en un hospital.				
El plan brinda un subsidio de bienestar anual de \$150 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 físicas para la memoria. Otros programas y artículos incluyen terapias alternativas, masajes terapéuticos, equipos de acondicionamiento físico para el hogar y dispositivos de seguimiento del estado físico y pulsómetros (límite de uno por año).				
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/C

Como miembro de un plan Tufts Medicare Preferred HMO, usted obtiene descuentos exclusivos además de los beneficios de su plan para ayudarlo 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 miembros entra en vigor el 1 de enero de 2026 y puede cambiar a lo largo del año. Los descuentos y servicios incluidos como artículos y servicios de valor agregado no son beneficios del plan y no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Para obtener más información, consulte nuestro sitio web en www.thpmp.org/extras.

Acondicionamiento físico, nutrición y control de peso	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 descuento 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 al proveer 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 brinda atención a domicilio de alta calidad y fiable para ayudar a las personas mayores a permanecer en sus hogares. Reciba \$100 de crédito por única vez en las tarifas por servicios en consultorios participantes. Los miembros de Tufts Health Plan también podrán obtener una inspección de seguridad del hogar gratis una vez que contraten los servicios de Home Instead Senior Care. Mom's Meals El Programa de Afinidad Mom's Meals ofrece acceso a los miembros a comidas nutritivas que se entregan en el hogar. • Envío incluido en todos los pedidos • Las comidas se pueden almacenar en refrigerador durante 14 días desde la entrega y están listas para calentar, comer y disfrutar en minutos • Los miembros ordenan en línea o por teléfono según su conveniencia
Crecimiento y desarrollo personal	Ompractice Con Ompractice, puede acceder a clases de yoga y meditación en línea y en vivo 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 o por \$129 para una suscripción anual (un 40% de descuento sobre el plan mensual). Además, los miembros que tienen un beneficio de bienestar anual pueden utilizar su subsidio de bienestar anual para cubrir el costo de la membresía.

Artículos y servicios de valor añadido	
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 con 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. Descuento en prótesis auditivas Descuentos en una amplia selección de prótesis auditivas de los principales fabricantes, hasta un 63% por debajo del precio minorista. • Suministro de baterías por 3 años sin cargo • Servicio en consultorio por 1 año sin cargo • Garantía integral de 3 años, que incluye pérdida y daños • Período de evaluación de prótesis auditiva de 60 días • Evaluación completa y sin cargo de las prótesis auditivas • Financiamiento sin intereses durante 12 meses para solicitantes que califiquen

Aviso sobre la disponibilidad de servicios de asistencia lingüística y ayudas y servicios auxiliares

English ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) or speak to your provider.

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Português (Portuguese) ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis para si serviços gratuitos de assistência linguística. Estão também disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY - Dispositivo das telecomunicações para surdos: 711) ou fale com o seu prestador.

中文 (Simplified Chinese) 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (文本电话：711) 或咨询您的服务提供商。

Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

Việt (Vietnamese) LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

РУССКИЙ (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

(Arabic) العربية تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 711 (1-800-701-9000) (PPO) 1-866-623-0172 ((HMO)) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

ភាសាខ្មែរ (Khmer) សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliares appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

Italiano (Italian) ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

한국어 (Korean) 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Ελληνικά (Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε το 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

POLSKI (Polish) UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

हिंदी (Hindi) न दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ગુજરાતી (Gujarati) ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિયલ સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.



¿Tiene preguntas?

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



TUFTS
Health Plan

1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato. Se deben cumplir los requisitos de elegibilidad para los beneficios. No califican todos. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711) para obtener más información. El beneficio dental complementario lo administra Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo la marca Dominion National. Se aplican límites de los beneficios. Los costos compartidos se aplican a los servicios no preventivos. Los servicios deben ser que se proveen por proveedores de la red Dominion PPO. Consulte su Prueba de Cobertura para obtener más información, incluidos los detalles sobre cómo solicitar un presupuesto previo al tratamiento y otras limitaciones que puedan aplicar. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tufts Health Plan cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la 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).