



a Point32Health company

Resumen de Beneficios de 2026

Tufts Medicare Preferred PPO Rx (PPO)

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

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.thmp.org** o consulte la *Evidencia de Cobertura*. También puede solicitar una copia impresa llamando a Servicios para Miembros al 1-866-623-0172 (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

H9907_2026_1_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 PPO Rx).

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 PPO Rx 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 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 PPO Rx

¿Quién puede afiliarse?

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tufts Medicare Preferred PPO Rx tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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**).

Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque paguemos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar su atención. Además, si acude a un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor.

¿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, es posible que usted pague menos en nuestro plan 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 adicionales se detallan en este folleto.

El plan Tufts Medicare Preferred PPO Rx cubre los medicamentos de Part D, así como la cobertura mejorada de medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED, por sus siglas en inglés). Asimismo, Tufts Medicare Preferred PPO Rx cubre 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 el plan Tufts Medicare Preferred PPO Rx?

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 de qué período del beneficio ha alcanzado usted. También depende de si surtió su receta en una farmacia preferida o no preferida. Más adelante en este documento, analizaremos los períodos de los beneficios que se presentan después de que alcance su deducible: Cobertura inicial y cobertura catastrófica.

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

Prima mensual del plan		
Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Norfolk, Plymouth, Worcester	\$20 por mes	
Suffolk	\$60 por mes	
Middlesex	\$40 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.	
Responsabilidad de gastos de bolsillo máximo (no incluye medicamentos recetados)	\$6,750 por servicios dentro la red \$10,100 por servicios dentro y fuera de la red combinados	
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege 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 PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$450 de copago por día para los días del 1 al 6; no pagará nada desde el día 6	45% del costo
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Atención hospitalaria para pacientes externos		
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$390 de copago por día	45% del costo
Cirugía externa (servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 de copago; Otros servicios: \$390 de copago por día	45% del costo
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$290 de copago por día	45% del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Consultas médicas		
Médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Especialista	\$65 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago dentro de la red por un examen médico anual. El costo compartido por consulta presencial se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico.	
Atención preventiva (Servicios preventivos de Medicare)	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta o 45% del costo

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
Lo que debería saber	El costo compartido fuera de la red es \$0 para servicios preventivos, como la consulta de Bienestar Anual y pruebas de detección en el consultorio del PCP, y coseguro del 45% para todos los otros servicios preventivos. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más detalles. Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.	
Atención de emergencia.	\$130 de copago por consulta	\$130 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	\$50 de copago por consulta
Lo que debería saber	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, imágenes		
Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	\$100 de copago por día para ecografía; \$300 de copago por día para todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.	45% del costo
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$30 de copago por día	45% del costo
Servicios de laboratorio	\$0 de copago por día	45% del costo
Radiografías para pacientes externos	\$30 de copago por día	45% del costo
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 para los servicios dentro de la red.	
Servicios para la audición		
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$65 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Prótesis auditivas	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. El costo compartido para la prueba de prótesis auditiva es \$0 si la proporciona TruHearing, Inc. y el 45% de coaseguro para otros proveedores.	
Servicios dentales		
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$65 de copago por consulta	\$80 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.	

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
Servicios para la vista		
Examen oftalmológico de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos	\$65 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Servicios de salud mental		
Atención para pacientes hospitalizados	\$400 de copago por día para los días del 1 al 4; \$0 de copago a partir del día 5	45% del costo
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$40 de copago por consulta	45% del costo
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida para atención de 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 prestan en un hospital general.	
Centro de enfermería especializada (SNF)		
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago para los días del 1 al 20; \$218 de copago para los días del 21 al 100	45% del costo
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 para los servicios dentro de la red.	
Fisioterapia		
Terapia ocupacional	\$30 de copago por consulta	45% del costo
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$30 de copago por consulta	45% del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Ambulancia		
Ambulancia	\$350 de copago por viaje de ida	\$350 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	
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.	Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: Usted paga hasta el 45% del costo.
Lo que debería saber	Su tasa real de coaseguro dentro de la red 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 dentro de la red no superará el 20% para todos los medicamentos recetados de Medicare Part B que no sean insulina. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred PPO Rx
Deducible	\$615 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5.

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred PPO 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.

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6
Nivel 3 (Marca preferida)	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)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/C	N/C

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$5	\$10	\$15
Nivel 2 (Genérico)	\$12	\$24	\$36
Nivel 3 (Marca preferida)	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)

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial		Tufts Medicare Preferred PPO Rx	
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	\$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
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4
Nivel 3 (Marca preferida)	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)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% del costo	N/C	N/C
Nivel 6 (Vacunas)	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.		

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica	Tufts Medicare Preferred PPO 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 adicionales	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
Acupuntura		
Servicios de acupuntura	\$20 de copago por consulta	\$45 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. El plan reembolsará los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado. 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	45% del costo
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por consulta	45% del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa.	
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	\$65 de copago por consulta	\$80 de copago por consulta
Servicios de atención médica a domicilio		
Atención de una agencia de atención médica a domicilio	\$0 de copago	50% del costo
Terapia de infusión a domicilio	\$0 de copago	50% del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa.	
Centro de cuidados paliativos		
	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 nuestro plan. 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.	
Equipos o suministros médicos		
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20% del costo	50% del costo
Suministros médicos duraderos (por ejemplo, catéteres, gasa)	20% del costo	50% del costo
Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20% del costo	50% del costo
Lo que debería saber	El plan cubre 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 para los servicios dentro de la red.	

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento de cáncer)	\$500 por año	
Servicios y suministros para la diabetes	Usted paga \$0 por productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM). Usted paga el 20% del costo por productos que no son Accu-Chek. Usted paga \$0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.	Usted paga \$0 por productos Accu-Chek fabricados por Roche Diabetes Care, Inc. Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM). Usted paga el 50% del costo por productos que no son Accu-Chek. Usted paga el 45% del costo por la capacitación para el autocontrol de la diabetes.
Lo que debería saber	Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio. La cobertura de los monitores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de glucosa en sangre 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. Se requieren solicitudes de excepción de cobertura para otras marcas de tiras reactivas, medidores de glucosa y CGM terapéuticos.	
Servicios para pacientes externos con trastorno por consumo de sustancias		
Consulta de terapia grupal o individual	\$40 de copago por consulta	45% del costo
Diálisis renal		
	20% del costo	45% 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.	Solo servicios cubiertos por Medicare. Los servicios de telehealth adicionales no están cubiertos fuera de la red. Usted paga el mismo costo compartido que el correspondiente a la consulta en persona.
Programas de Bienestar		
Crédito de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) para artículos de salud aprobados por Medicare	\$20 por trimestre calendario	
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.	

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred PPO Rx Fuera de la red
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 \$100 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).	

Como miembro del plan Tufts Medicare Preferred PPO Rx, 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.

**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 مجاناً. 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 auxiliaires 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 ઓક્ઝિલરી 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).



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan es un plan PPO 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 1-866-623-0172 (TTY: 711) para obtener más información. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o red de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Tufts Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, orientación sexual e 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).