

PLANES DE TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO | 2019

Resumen de Beneficios

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

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
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

La información que se brinda sobre los beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No menciona todos y cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones.

Para obtener la lista completa de los servicios que cubrimos, llame a Relaciones con el cliente y solicite la “Evidencia de cobertura”, o visite el sitio thpmp.org.

En vigencia desde el 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

H2256_2019_4_M_SPA



RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2019 - 31 de diciembre de 2019

Tiene diferentes opciones para obtener sus beneficios de Medicare

- Una opción es obtener los beneficios de Medicare a través de Original Medicare (Medicare sin costo). Original Medicare depende directamente del gobierno federal.
- Otra opción es obtener los beneficios de Medicare al afiliarse a un plan de salud de Medicare (como Tufts Medicare Preferred HMO).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

Este folleto con el Resumen de Beneficios le ofrece una descripción breve de lo que cubre Tufts Medicare Preferred HMO y de lo que usted paga.

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los folletos con el Resumen de Beneficios. También puede utilizar el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise el manual “Medicare y usted” vigente. Acceda en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia con una llamada al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios con problemas auditivos (TTY) deberían llamar al 1-877-486-2048.

Información importante sobre Tufts Medicare Preferred HMO

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).
- Del 1 de abril al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (hora del este).

Números de teléfono y sitio web de Tufts Medicare Preferred HMO

- Si ya es miembro de este plan, llame sin costo al 1-800-701-9000 (TTY: 711).
- Si no es miembro de este plan, llame sin costo al 1-877-409-3499 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: thmp.org

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a Tufts Medicare Preferred HMO, debe beneficiarse de Medicare Parte A, debe estar inscrito en Medicare Parte B y debe vivir en nuestra área de servicio.

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

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo recurrir?

Tufts Medicare Preferred HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recurre a un proveedor que no forme parte de nuestra red, el plan no podrá pagar por estos servicios.

Por lo general, debe utilizar farmacias de nuestra red para que surtan sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede consultar nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias del plan en nuestro sitio web (thmp.org). O llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de Proveedores y Farmacias.

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

Círculo de referidos

Su médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés) trabaja con determinados especialistas del plan denominados “círculo de referidos” para brindar los cuidados que usted necesita. Su PCP brindará la mayor parte de la atención médica que usted necesita y lo ayudará a organizar los demás servicios cubiertos que obtiene por ser miembro del plan. En la mayoría de los casos, debe obtener un referido de su PCP para ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Eso significa que no tendrá acceso a la red completa de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto en situaciones de emergencia o de atención médica de urgencia o para diálisis renal fuera del área.

¿Qué cubrimos?

Cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, es posible que usted pague más en nuestro plan, que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, es posible que pague menos.
- Los miembros de nuestro plan también obtienen más de lo que está cubierto por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se describen en este folleto.

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 Parte D. Además, todos nuestros planes cubren medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

- Puede consultar el formulario completo del plan (la lista de los medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web thpmp.org.
- También puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

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

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles.” Deberá usar su formulario para localizar el nivel en el que se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante, en este documento, analizaremos las etapas de beneficio que se presentan una vez que alcance el deducible: Cobertura Inicial, Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan			
Barnstable, Bristol, Middlesex, Norfolk y Plymouth	\$0 por mes	No se ofrece	\$40.00 por mes
Essex y Suffolk	\$0 por mes	\$28.00 por mes	\$55.00 por mes
Hampden y Hampshire	\$0 por mes	No se ofrece	\$23.00 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$20.00 por mes	\$42.00 por mes
<i>Lo que debería saber</i>	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.		
Deducible (para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto para los medicamentos que se encuentran en la lista del Nivel 1 y Nivel 2, que están excluidos del deducible)			
	\$400 por año	Este plan no cubre los medicamentos con receta.	\$350 por año
Desembolso personal máximo (no incluye medicamentos con receta)			
	\$6,000 por año	\$3,400 por año	
<i>Lo que debería saber</i>	<p>Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus desembolsos para la asistencia médica y hospitalaria.</p> <p>Si alcanza el límite de desembolsos, pagaremos el costo total de sus servicios hospitalarios y médicos cubiertos durante el resto del año. Tenga en cuenta que aun así tendrá que pagar sus primas mensuales (y el costo compartido para sus medicamentos con receta de la Parte D, si procede).</p>		
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Pacientes hospitalizados			
	<ul style="list-style-type: none"> • \$350 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90 • No pagará nada por día, del día 91 en adelante 	<ul style="list-style-type: none"> • \$275 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90 • No pagará nada por día, del día 91 en adelante 	
<i>Lo que debería saber</i>	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Puede requerirse autorización previa.		
Cirugía ambulatoria			
Centro de cirugía ambulatoria	\$350 de copago por visita	\$250 de copago por visita	
Atención hospitalaria para pacientes ambulatorios	\$350 de copago por visita	\$250 de copago por visita	
<i>Lo que debería saber</i>	Para recibir los servicios, usted debe contar con un referido de su PCP. Puede requerirse autorización previa.		

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
\$103.00 por mes	\$131.00 por mes	\$133.00 por mes	\$165.00 por mes	\$199.00 por mes
\$123.00 por mes	\$151.00 por mes	\$156.00 por mes	\$188.00 por mes	\$220.00 por mes
No se ofrece	\$54.00 por mes	No se ofrece	\$79.00 por mes	\$99.00 por mes
\$112.00 por mes	\$146.00 por mes	\$152.00 por mes	\$185.00 por mes	No se ofrece

Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.

Este plan no cubre los medicamentos con receta.	\$300 por año	Este plan no cubre los medicamentos con receta.	Este plan no tiene ningún deducible.	Este plan no tiene ningún deducible.
\$3,400 por año		\$3,400 por año		

Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege con límites anuales en sus desembolsos para la asistencia médica y hospitalaria.

Si alcanza el límite de desembolsos, pagaremos el costo total de sus servicios hospitalarios y médicos cubiertos durante el resto del año. Tenga en cuenta que aun así tendrá que pagar sus primas mensuales (y el costo compartido para sus medicamentos con receta de la Parte D, si procede).

<ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90 • No pagará nada por día, del día 91 en adelante 	\$300 de copago por estadía No pagará más de \$900 por los servicios de hospitalización cubiertos en un año calendario.	<ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por estadía • No pagará más de \$400 por los servicios de hospitalización cubiertos en un año calendario.
--	--	--

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados. Puede requerirse autorización previa.

\$150 de copago por visita	\$100 de copago por visita	\$75 de copago por visita
\$150 de copago por visita	\$100 de copago por visita	\$75 de copago por visita

Para recibir los servicios, usted debe contar con un referido de su PCP. Puede requerirse autorización previa.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Visitas al médico			
Médico de atención primaria	\$0-10 de copago por visita, según el servicio	\$0-10 de copago por visita, según el servicio	
Especialista	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
<i>Lo que debería saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.		
Cuidados preventivos			
	No pagará nada	No pagará nada	
<i>Lo que debería saber</i>	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.		
Atención médica de emergencia			
	\$90 de copago por visita	\$110 de copago por visita	
<i>Lo que debería saber</i>	Si a usted lo hospitalizan en el lapso de 24 horas, no debe pagar su parte de los costos compartidos para la atención médica de emergencia. Su plan incluye cobertura global para atención médica de emergencia.		
Servicios de urgencia			
	\$10-45 de copago por visita, según el servicio	\$10-40 de copago por visita, según el servicio	
<i>Lo que debería saber</i>	La atención médica de urgencia puede estar a cargo de proveedores de la red o proveedores fuera de la red en los casos en que los primeros no estén disponibles o no se los pueda contactar temporalmente. Su plan abarca cobertura global para atención médica de urgencia.		
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imagenología			
Servicios de diagnóstico por imágenes (como resonancia magnética o tomografía computarizada)	\$325 de copago por día	\$250 de copago por día	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	
Servicios de laboratorio	\$20 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	
Rayos X para pacientes ambulatorios	\$20 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	
<i>Lo que debería saber</i>	Puede requerirse autorización previa.		

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

--	--	--	--	--

\$0-10 de copago por visita, según el servicio			\$0-10 de copago por visita, según el servicio	
--	--	--	--	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.

--	--	--	--	--

No pagará nada			No pagará nada	
----------------	--	--	----------------	--

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.

--	--	--	--	--

\$110 de copago por visita			\$110 de copago por visita	
----------------------------	--	--	----------------------------	--

Si a usted lo hospitalizan en el lapso de 24 horas, no tiene que pagar su parte de los costos compartidos para la atención médica de emergencia.

Su plan incluye cobertura global para atención médica de emergencia.

--	--	--	--	--

\$10-25 de copago por visita, según el servicio			\$10-15 de copago por visita, según el servicio	
---	--	--	---	--

La atención médica de urgencia puede estar a cargo de proveedores de la red o proveedores fuera de la red en los casos en que los primeros no estén disponibles o no se los pueda contactar temporalmente.

Su plan abarca cobertura global para atención médica de urgencia.

--	--	--	--	--

\$100 de copago por día			20% del costo No pagará más de \$75 por día para obtener los servicios de diagnóstico por imagen.	
-------------------------	--	--	--	--

\$5 por día, por proveedor			No pagará nada	
----------------------------	--	--	----------------	--

\$5 por día, por proveedor			No pagará nada	
----------------------------	--	--	----------------	--

\$5 por día, por proveedor			No pagará nada	
----------------------------	--	--	----------------	--

Puede requerirse autorización previa.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Servicios de audición			
Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Examen auditivo de rutina (<i>hasta uno por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Prótesis auditivas	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva	
<i>Lo que debería saber</i>	Para recibir un examen auditivo de diagnóstico de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP). Debe adquirir prótesis auditivas a través de Soluciones de Atención Auditiva para recibir el beneficio de prótesis auditiva. Hasta dos prótesis auditivas por año, una por cada oído.		
Servicios odontológicos			
Servicios odontológicos limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Asignación para servicios odontológicos preventivos	\$150 por año	\$150 por año	
Tufts Medicare Preferred Dental Option	Cubierto con prima adicional. Consulte la sección de Beneficios Opcionales para obtener más información.		
<i>Lo que debería saber</i>	Los servicios odontológicos limitados que están cubiertos por Medicare no incluyen servicios odontológicos como limpieza, exámenes dentales de rutina ni radiografías dentales. La asignación para los servicios odontológicos preventivos proporciona cobertura para servicios odontológicos preventivos como limpiezas y radiografías.		
Servicios oftalmológicos			
Examen de la vista de rutina (<i>hasta uno por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	

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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

--	--	--	--	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

<p>Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva</p>			<p>Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditiva</p> <p>Nivel más avanzado: \$850 de copago por prótesis auditiva</p>	
---	--	--	---	--

Para recibir un examen auditivo de diagnóstico de un especialista, usted debe contar con un referido de su médico de atención primaria (PCP). Debe adquirir prótesis auditivas a través de Soluciones de Atención Auditiva para recibir el beneficio de prótesis auditiva. Hasta dos prótesis auditivas por año, una por cada oído.

--	--	--	--	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

No cubierto			No cubierto	
-------------	--	--	-------------	--

Cubierto con prima adicional.
Consulte la sección de Beneficios Opcionales para obtener más información.

Los servicios odontológicos limitados que están cubiertos por Medicare no incluyen servicios odontológicos como limpieza, exámenes dentales de rutina ni radiografías dentales.

--	--	--	--	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Continuación de los servicios oftalmológicos

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de la vista (incluye un examen anual de glaucoma)	\$0 - 45 de copago por visita, según el servicio	\$0 - 40 de copago por visita, según el servicio
Beneficio anual de anteojos	Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario
<i>Lo que debería saber</i>	<p>Usted debe recurrir a un proveedor participante de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la cobertura del examen de la vista de rutina. Debe adquirir los anteojos, marcos, lentes recetados o lentes de contacto de un proveedor de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la asignación de \$150. De lo contrario, el beneficio estará limitado a \$90 por año.</p> <p>Necesitará un referido de su PCP o un examen ocular de diagnóstico.</p>	

Servicios de salud mental

Visita de pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> • \$315 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90 	<ul style="list-style-type: none"> • \$275 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90
Visita de terapia ambulatoria, individual o grupal	\$25 de copago por visita	\$25 de copago por visita
<i>Lo que debería saber</i>	<p>Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención médica para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días para pacientes hospitalizados. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es de más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado los 60 días adicionales, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.</p> <p>Para recibir las visitas de terapia individual o grupal ambulatorias, usted debe contar con un referido de su PCP.</p>	

Centros de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés)

	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por día, del día 1 al 20 • \$160 de copago por día, del día 21 al 44 • \$0 de copago por día, del día 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago por día, del día 1 al 20 • \$140 de copago por día, del día 21 al 44 • \$0 de copago por día, del día 45 al 100
<i>Lo que debería saber</i>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.	

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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

\$0 - 25 de copago por visita, según el servicio	\$0 - 15 de copago por visita, según el servicio
Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario

Usted debe recurrir a un proveedor participante de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la cobertura del examen de la vista de rutina. Debe adquirir los anteojos, marcos, lentes recetados o lentes de contacto de un proveedor de atención oftalmológica (EyeMed Vision Care) para recibir la asignación de \$150. De lo contrario, el beneficio estará limitado a \$90 por año.

Necesitará un referido de su PCP o un examen ocular de diagnóstico.

<ul style="list-style-type: none"> \$200 de copago por día, del día 1 al 5 No pagará nada por día, del día 6 al 90 	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por los servicios de hospitalización cubiertos en un año calendario.	\$200 de copago por estadía. No pagará más de \$400 por los servicios de hospitalización cubiertos en un año calendario.
\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita	

Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención médica para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días para pacientes hospitalizados.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización es de más de 90 días, puede utilizar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado los 60 días adicionales, su cobertura de paciente hospitalizado estará limitada a 90 días.

Para recibir las visitas de terapia individual o grupal ambulatorias, usted debe contar con un referido de su PCP.

<ul style="list-style-type: none"> \$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$100 de copago por día, del día 21 al 44 \$0 de copago por día, del día 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> \$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$60 de copago por día, del día 21 al 44 \$0 de copago por día, del día 45 al 100 	<ul style="list-style-type: none"> \$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$0 de copago por día, del día 21 al 100
--	---	---

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Fisioterapia

Terapia ocupacional	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$40 de copago por visita	\$30 de copago por visita
<i>Lo que debería saber</i>	Para recibir los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Ambulancia

	\$325 de copago por día	\$275 de copago por día
--	-------------------------	-------------------------

Transporte

	No cubierto	No cubierto
--	-------------	-------------

Medicamentos de Medicare Parte B

	Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Usted paga 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga 20% del costo.	Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: Usted paga 20% del costo. Otros medicamentos de la Parte B: Usted paga 20% del costo.
--	--	--

<i>Lo que debería saber</i>	Puede requerirse autorización previa.	
-----------------------------	---------------------------------------	--

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

--	--	--	--	--

\$20 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

\$20 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

Para recibir los servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje, usted debe contar con un referido de su PCP.

--	--	--	--	--

\$225 de copago por día	\$125 de copago por día	\$90 de copago por día		
-------------------------	-------------------------	------------------------	--	--

--	--	--	--	--

No cubierto			No cubierto	
-------------	--	--	-------------	--

--	--	--	--	--

Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: No pagará nada. Otros medicamentos de la Parte B: No pagará nada.			Para medicamentos de la Parte B como medicamentos de quimioterapia: No pagará nada. Otros medicamentos de la Parte B: No pagará nada.	
--	--	--	--	--

Puede requerirse autorización previa.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura Inicial

Después de pagar el deducible anual de \$400 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.

Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.

Después de pagar el deducible anual de \$350 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Después de pagar el deducible anual de \$300 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.</p>	<p>Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>Paga lo siguiente hasta que sus costos totales anuales de medicamentos alcancen los \$3,820. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales de medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias de venta minorista y en farmacias de venta por correo de la red.</p>	

**Tufts Medicare
Preferred HMO
Saver Rx**

**Tufts Medicare
Preferred HMO
Basic Rx**

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura Inicial

Costo compartido estándar en farmacia

Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidad)	25% del costo	N/A	N/A	26% del costo	N/A	N/A

Costo compartido estándar de pedido por correo

Nivel	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
Nivel 1 (genérico preferido)	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
Nivel 2 (genérico)	\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago
Nivel 4 (marca no preferida)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidad)	25% del costo	N/A	N/A	26% del costo	N/A	N/A

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 y usted paga la suya. Después de que alcance su deducible anual de \$400 del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5 y usted paga la suya.

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 y usted paga la suya. Después de que alcance su deducible anual de \$350 del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5 y usted paga la suya.

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

Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$2 de copago	\$4 de copago	\$6 de copago
\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$135 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$90 de copago
\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$80 de copago	\$160 de copago	\$240 de copago
27% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A

Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$2 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago
\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago	\$45 de copago	\$90 de copago	\$90 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$60 de copago
\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$80 de copago	\$160 de copago	\$240 de copago
27% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A	33% del costo	N/A	N/A

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y del Nivel 2 y usted paga la suya. Después de que alcance su deducible anual de \$300 del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 3, del Nivel 4 y del Nivel 5 y usted paga la suya.

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

Si reside en un centro de cuidados prolongados, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia de la red.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	---------------------------------------

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Brecha de cobertura

	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>
--	---	---

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tiene una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que pagará por sus medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual de los medicamentos (incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) alcanza \$3,820.</p> <p>Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted paga el 25% del costo del plan por los medicamentos cubiertos de marca y el 37% del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el total de los costos alcance \$5,100, lo que es el final de la brecha de cobertura.</p> <p>No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.</p> <p>Dentro del marco de este plan, es posible que usted pague incluso menos por los medicamentos de marca de genéricos del formulario. Su costo varía según el nivel. Deberá usar su formulario para localizar el nivel en el que se encuentra su medicamento. Consulte la tabla que sigue para determinar cuánto le costará.</p>

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA		
Brecha de Cobertura		
Cobertura Catastrófica		
	<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (los cuales incluyen los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (los cuales incluyen los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.

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

--	--	--	--

	Costo compartido estándar en farmacia			
	Medicamentos cubiertos	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (genérico preferido)			
	Todos	\$2 de copago	\$4 de copago	\$6 de copago
	Nivel 2 (genérico)			
	Todos	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
	Costo compartido estándar de pedido por correo			
	Medicamentos cubiertos	Suministro de un mes	Suministro de dos meses	Suministro de tres meses
	Nivel 1 (genérico preferido)			
	Todos	\$2 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago
	Nivel 2 (genérico)			
	Todos	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago

<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (los cuales incluye los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (lo cual incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (los cuales incluyen los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (lo cual incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos. 	<p>Después de que sus desembolsos anuales por costos de medicamentos (los cuales incluyen los medicamentos adquiridos a través de su farmacia de venta minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$5,100, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5% del costo, o • \$3.40 de copago por medicamento genérico (lo cual incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.50 de copago por todos los demás medicamentos.
--	---	---

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

BENEFICIOS OPCIONALES (Debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)

Tufts Medicare Preferred Dental Option

	Los beneficios comprenden <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos preventivos • Servicios odontológicos integrales 	Los beneficios comprenden <ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos preventivos • Servicios odontológicos integrales
--	---	---

Prima mensual

	\$54.00 adicionales por mes.	\$54.00 adicionales por mes.
--	------------------------------	------------------------------

Lo que debería saber Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B y su prima mensual del plan.

Deducible

	\$50 por año	\$50 por año
--	--------------	--------------

El plan ofrece los siguientes beneficios:

<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos cubiertos al 100%. • Empastes, extracciones, endodoncias se cubren al 80%. Usted paga 20% después del deducible. Aplica un período de espera de seis meses. • Prótesis dentales y coronas cubren al 50%. Usted paga 50% después del deducible. Aplica un período de espera de seis meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos cubiertos al 100%. • Empastes, extracciones, endodoncias se cubren al 80%. Usted paga 20% después del deducible. Aplica un período de espera de seis meses. • Prótesis dentales y coronas cubren al 50%. Usted paga 50% después del deducible. Aplica un período de espera de seis meses.
---	---

BENEFICIOS ADICIONALES

Acupuntura

Servicios de acupuntura cuando son proporcionados por un acupunturista con licencia	Los servicios de acupuntura optan para reembolso conforme al beneficio anual de Asignación de bienestar. Consulte los detalles adicionales bajo los “Programas de bienestar”.
---	---

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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

--	--	--	--	--

Los beneficios comprenden	Los beneficios comprenden
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos preventivos • Servicios odontológicos integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos preventivos • Servicios odontológicos integrales

--	--	--	--	--

\$54.00 adicionales por mes.	\$54.00 adicionales por mes.
------------------------------	------------------------------

Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B y su prima mensual del plan.

--	--	--	--	--

\$50 por año	\$50 por año
--------------	--------------

--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos cubiertos al 100%. • Empastes, extracciones, endodoncias se cubren al 80%. Usted paga 20% después del deducible. <p>Aplica un período de espera de seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis dentales y coronas cubren al 50%. Usted paga 50% después del deducible. <p>Aplica un período de espera de seis meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos cubiertos al 100%. • Empastes, extracciones, endodoncias se cubren al 80%. Usted paga 20% después del deducible. <p>Aplica un período de espera de seis meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prótesis dentales y coronas cubren al 50%. Usted paga 50% después del deducible. <p>Aplica un período de espera de seis meses.</p>
--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Los servicios de acupuntura optan para reembolso conforme al beneficio anual de Asignación de bienestar. Consulte los detalles adicionales bajo los “Programas de bienestar”.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

BENEFICIOS ADICIONALES

Quiropraxia

Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando una o más de las vértebras se desplazan)	\$15 de copago por visita	\$15 de copago por visita
Evaluación inicial (una vez por año)	\$15 de copago	\$15 de copago
Lo que debería saber	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Podología (servicios podológicos)

Exámenes y tratamiento podológicos si usted tiene una lesión de tipo nervioso relacionada con la diabetes o cumple con ciertas condiciones	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Lo que debería saber	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Servicios médicos a domicilio

Atención médica de agencia a domicilio	No pagará nada	No pagará nada
Terapia de infusión médica a domicilio	No pagará nada	No pagará nada
Lo que debería saber	Puede requerirse autorización previa.	

Hospicio

	No pagará nada	No pagará nada
Lo que debería saber	Es posible que tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para mayor información.	

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

--	--	--	--	--

\$15 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

\$15 de copago			\$15 de copago	
----------------	--	--	----------------	--

Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.

--	--	--	--	--

\$25 de copago por visita			\$15 de copago por visita	
---------------------------	--	--	---------------------------	--

Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.

--	--	--	--	--

No pagará nada			No pagará nada	
----------------	--	--	----------------	--

No pagará nada			No pagará nada	
----------------	--	--	----------------	--

Puede requerirse autorización previa.

--	--	--	--	--

No pagará nada			No pagará nada	
----------------	--	--	----------------	--

Es posible que tenga que pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo.

El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para mayor información.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS			
Equipo/suministros médicos			
Equipo médico duradero (p. ej., sillas de rueda, oxígeno)	20% del costo	20% del costo	
Dispositivos protésicos (aparatos dentales, aparatos ortopédicos, etc.)	20% del costo	20% del costo	
<i>Lo que debería saber</i>	<p>Artículos cubiertos por el plan: equipo de seguridad en el baño para miembros que tienen una discapacidad funcional cuyo uso reforzará su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento de inodoro estándar levantado: Uno por miembro cada cinco años • Barras de agarre estándar para baño: Dos por miembro cada cinco años • Asiento de bañera estándar: Uno por miembro cada cinco años <p>Los siguientes artículos adicionales están cubiertos por el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta dos pares cada seis meses • Mangas de mastectomía para miembros con linfedema de extremidades superiores: hasta dos pares cada seis meses <p>Puede requerirse autorización previa.</p>		
Asignación para pelucas (para la pérdida de cabello debido al tratamiento del cáncer)	\$500 por año	\$500 por año	
Servicios y suministros para diabetes	No pagará nada	No pagará nada	
<i>Lo que debería saber</i>	<p>Incluye los suministros de control de la diabetes, capacitación de autocontrol de la diabetes, y zapatos o plantillas terapéuticas. Es posible que se apliquen copagos si recibe otros servicios médicos durante la misma visita al consultorio. Solo se requiere un referido para la capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p>La cobertura de los controles de glucosa en sangre, las tiras reactivas de glucosa en sangre y las soluciones de control de glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc.</p> <p>Tenga en cuenta que no existe una marca preferida para las lancetas.</p>		
Tratamiento del uso indebido de sustancias para pacientes ambulatorios			
Visita de terapia individual o grupal ambulatoria	\$25 de copago por visita	\$25 de copago por visita	
<i>Lo que debería saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.		
Diálisis renal			
	No pagará nada	No pagará nada	

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
10% del costo		10% del costo		
10% del costo		10% del costo		
<p>Artículos cubiertos por el plan: equipo de seguridad en el baño para miembros que tienen una discapacidad funcional cuyo uso reforzará su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento de inodoro estándar levantado: Uno por miembro cada cinco años • Barras de agarre estándar para baño: Dos por miembro cada cinco años • Asiento de bañera estándar: Uno por miembro cada cinco años <p>Los siguientes artículos adicionales están cubiertos por el plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta dos pares cada seis meses • Mangas de mastectomía para miembros con linfedema de extremidades superiores: hasta dos pares cada seis meses <p>Puede requerirse autorización previa.</p>				
\$500 por año		\$500 por año		
No pagará nada		No pagará nada		
<p>Incluye los suministros de control de la diabetes, capacitación de autocontrol de la diabetes, y zapatos o plantillas terapéuticas. Es posible que se apliquen copagos si recibe otros servicios médicos durante la misma visita al consultorio. Solo se requiere un referido para la capacitación de autocontrol de la diabetes.</p> <p>La cobertura de los controles de glucosa en sangre, las tiras reactivas de glucosa en sangre y las soluciones de control de glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc.</p> <p>Tenga en cuenta que no existe una marca preferida para las lancetas.</p>				
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
<p>Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.</p>				
No pagará nada		No pagará nada		

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y PACIENTES AMBULATORIOS

Programas de bienestar

Programa de control de peso	El plan proporciona una asignación anual de \$150 para el control de peso hacia tarifas para programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa hospitalario de pérdida de peso.		
Asignación de bienestar	El plan proporciona una asignación de bienestar anual de \$250 hacia membresías en clubes de salud, orientación nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, que abarcan actividades para ejercitar la memoria.	El plan proporciona una asignación de bienestar anual de \$150 hacia membresías de clubes de salud, orientación nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, que incluyen actividades para ejercitar la memoria.	
SilverSneakers®	Solo se aplica a los residentes del Condado de Worcester. No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.		
	SilverSneakers alienta la actividad física al ofrecer acceso a clases, equipo de ejercicios y otros servicios. Los miembros reciben una membresía básica de acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes maneras de obtener la actividad que necesita para mantenerse 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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

El plan proporciona una asignación anual de \$150 para el control de peso hacia tarifas para programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa hospitalario de pérdida de peso.

El plan proporciona una asignación de bienestar anual de \$150 hacia membresías de clubes de salud, orientación nutricional, acupuntura, o clases de acondicionamiento físico como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, que incluyen actividades para ejercitar la memoria.

**Solo se aplica a los residentes del Condado de Worcester.
No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.**

SilverSneakers alienta la actividad física al ofrecer acceso a clases, equipo de ejercicios y otros servicios. Los miembros reciben una membresía básica de acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes maneras para obtener la actividad que necesita para mantenerse saludable.

Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo.

Tufts Health Plan:

- Provee ayudas y servicios gratuitos para que las personas con discapacidad se comuniquen eficazmente con nosotros, por ejemplo:
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Provee servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Tufts Health Plan al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Si usted considera que Tufts Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivo de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Tufts Health Plan, Attention:

Civil Rights Coordinator, Legal Dept.
705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472
Teléfono: 1-888-880-8699 ext. 48000 (TTY: 711)
Fax: 1-617-972-9048
Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está a la orden.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

thpmp.org | 1-800-701-9000 (TTY: 711)

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-701-9000 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-701-9000 (TTY: 711)。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراموش نکنید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (TTY: 711).

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Greek: ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-701-9000 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Khmer (Cambodian): ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ជូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-701-9000 (TTY: 711)

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-701-9000 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Laotian: ໂປດຊາຍ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dęę, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódílnih 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-701-9000 (TTY: 711).

PREGUNTAS:

Llame al 1-877-409-3499 // TTY: 711

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

(Del 1 de octubre al 31 de marzo, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

VISÍTENOS EN: www.thpmp.org

Tufts Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción a Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711) para obtener más información.



705 Mount Auburn Street,
Watertown, MA 02472