

PLANES DE TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO | 2020

Resumen de beneficios

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

Tufts Medicare Preferred HMO 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 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, llame a Relaciones con el Cliente para solicitar la "Evidencia de cobertura" o visite www.thpmp.org.

A partir del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

H2256_2020_4_M_SPA



RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

Tiene dos opciones para recibir sus beneficios de Medicare

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

Consejos para comparar sus opciones:

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

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los demás planes los correspondientes folletos de Resumen de beneficios. Otra opción es usar el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual “Medicare & You” (Medicare y usted). Véalo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia al teléfono 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Lo que debe saber de Tufts Medicare Preferred HMO

Horario de atención

- Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

Números de teléfono y sitio web de Tufts Medicare Preferred HMO

- Si está afiliado a este plan, llame sin costo alguno al 1-800-701-9000 (TTY: 711).
- Si no está afiliado a este plan, llame sin costo alguno al 1-888-515-5880 (TTY: 711).
- Nuestro sitio web: www.thpmp.org

¿Quién puede afiliarse?

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

Generalmente debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas en el caso de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede ver el Directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.thpmp.org). También puede llamarnos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.

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

Círculos de derivación

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

¿Qué cubrimos?

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

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

Los planes Tufts Medicare Preferred HMO 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. Asimismo, todos los planes cubren los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

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

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

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

	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	\$27.00 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$20.00 por mes	\$42.00 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.		
Deducible (para los medicamentos de venta con receta de la Parte D, salvo los medicamentos que figuran en el Nivel 1 y Nivel 2 que se excluyeron del deducible)			
	\$250 por año	Este plan no cubre medicamentos de venta con receta.	\$225 por año
Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo (no incluye los medicamentos de venta con receta)			
	\$6,700 anualmente	\$3,400 anualmente	
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 sus gastos de bolsillo, pagaremos el costo total de los servicios hospitalarios y médicos cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, si corresponde).		
ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y AMBULATORIOS			
Hospitalización			
	• \$350 de copago diario para los días 1 a 5 • No pagará nada por día desde el día 6 a 90 • No pagará nada por día desde el día 91 en adelante	• \$275 de copago diario para los días 1 a 5 • No pagará nada por día desde el día 6 a 90 • No pagará nada por día desde el día 91 en adelante	
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de una hospitalización. Es posible que se necesite autorización previa.		
Cirugía ambulatoria			
Centro quirúrgico ambulatorio	\$350 de copago por día	\$250 de copago por día	
Hospital para pacientes ambulatorios	\$350 de copago por día	\$250 de copago por día	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación del PCP. Es posible que se necesite 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	\$135.00 por mes	\$133.00 por mes	\$165.00 por mes	\$199.00 por mes
\$123.00 por mes	\$155.00 por mes	\$156.00 por mes	\$188.00 por mes	\$220.00 por mes
No se ofrece	\$58.00 por mes	No se ofrece	\$83.00 por mes	\$103.00 por mes
\$112.00 por mes	\$150.00 por mes	\$152.00 por mes	\$185.00 por mes	No se ofrece

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

Este plan no cubre medicamentos de venta con receta.	\$200 por año	Este plan no cubre medicamentos de venta con receta.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
\$3,400 anualmente		\$3,400 anualmente		

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 sus gastos de bolsillo, pagaremos el costo total de los servicios hospitalarios y médicos cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, si corresponde).

• \$200 de copago diario para los días 1 a 5 • No pagará nada por día desde el día 6 a 90 • No pagará nada por día desde el día 91 en adelante	• \$300 de copago por estadía - No pagará más de \$900 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.	• \$200 de copago por estadía - No pagará más de \$400 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.
--	--	--

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de una hospitalización.
Es posible que se necesite autorización previa.

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

Antes de que reciba servicios, debe obtener una derivación del PCP.
Es posible que se necesite 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 AMBULATORIOS

Consultas médicas		
Médico de atención primaria	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Especialista	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago por un examen médico anual con el PCP. Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).	
Atención preventiva		
	No paga nada	No paga nada
Lo que debería saber	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	
Atención de emergencia		
	\$90 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta
Lo que debería saber	Si lo ingresan al hospital dentro de un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.	
Servicios de urgencia		
	\$10 de copago por consulta al médico de atención primaria \$45 de copago por consulta al especialista	\$10 de copago por consulta al médico de atención primaria \$40 de copago por consulta al especialista
Lo que debería saber	La atención de urgencia pueden proporcionarla proveedores de la red o fuera de la red si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.	
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes		
Servicios de radiología de diagnóstico (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	\$325 de copago por día \$100 por día para ecografías	\$250 de copago por día \$100 por día para ecografías
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$10 por día por cada proveedor	\$10 por día por cada proveedor
Servicios de laboratorio	\$10 por día por cada proveedor	\$10 por día por cada proveedor
Radiografías de pacientes ambulatorios	\$10 por día por cada proveedor	\$10 por día por cada proveedor
Lo que debería saber	No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes ambulatorios si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se necesite 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
\$10 de copago por consulta		\$10 de copago por consulta		
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
No hay copago por un examen médico anual con el PCP. Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).				
No paga nada		No paga nada		
Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.				
\$110 de copago por consulta		\$110 de copago por consulta		
Si lo ingresan al hospital dentro de un plazo de 24 horas, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.				
\$10 de copago por consulta al médico de atención primaria \$25 de copago por consulta al especialista		\$10 de copago por consulta al médico de atención primaria \$15 de copago por consulta al especialista		
La atención de urgencia pueden proporcionarla proveedores de la red o fuera de la red si los proveedores de la red no están temporalmente disponibles o accesibles. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.				
\$100 de copago por día		20 % del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico		
\$5 por día por cada proveedor		No paga nada		
\$5 or día por cada proveedor		No paga nada		
\$5 or día por cada proveedor		No paga nada		
No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes ambulatorios si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se necesite 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 AMBULATORIOS

Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen de audición de rutina (<i>hasta 1 por año</i>)	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Audífonos	Nivel estándar: \$250 de copago por audífonos Nivel superior: \$475 de copago por audífonos Nivel avanzado: \$650 de copago por audífonos Nivel avanzado plus: \$850 de copago por audífonos Nivel premier: \$1,150 de copago por audífonos	Nivel estándar: \$250 de copago por audífonos Nivel superior: \$475 de copago por audífonos Nivel avanzado: \$650 de copago por audífonos Nivel avanzado plus: \$850 de copago por audífonos Nivel premier: \$1,150 de copago por audífonos
<i>Lo que debería saber</i>	Antes de que reciba un examen de diagnóstico de la audición de parte de un especialista, debe obtener una derivación del PCP. Debe comprar audífonos mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de audífonos. Hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído.	

Servicios dentales

Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
<i>Lo que debería saber</i>	Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen los servicios dentales preventivos como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales.	
Beneficio de servicios dentales preventivos	Usted no pagará nada por exámenes y servicios preventivos y de diagnóstico de rutina. Usted paga el 50 % por servicios de restauración.	Usted no pagará nada por exámenes y servicios preventivos y de diagnóstico de rutina. Usted paga el 50 % por servicios de restauración.
Tufts Medicare Preferred Dental Option	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.	

Servicios de la vista

Examen de la vista de rutina (<i>hasta 1 por año</i>)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
---	-----------------------------	-----------------------------

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 consulta		\$15 de copago por consulta		
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Nivel estándar: \$250 de copago por audífonos Nivel superior: \$475 de copago por audífonos Nivel avanzado: \$650 de copago por audífonos Nivel avanzado plus: \$850 de copago por audífonos Nivel premier: \$1,150 de copago por audífonos		Nivel estándar: \$250 de copago por audífonos Nivel superior: \$475 de copago por audífonos Nivel avanzado: \$650 de copago por audífonos Nivel avanzado plus: \$850 de copago por audífonos Nivel premier: \$1,150 de copago por audífonos		
Antes de que reciba un examen de diagnóstico de la audición de parte de un especialista, debe obtener una derivación del PCP. Debe comprar audífonos mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de audífonos. Hasta 2 audífonos por año, 1 audífono por oído.				
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen los servicios dentales preventivos como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales.				
No cubierto		No cubierto		
Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.				
\$15 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		

	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 AMBULATORIOS

Servicios de la vista (continuación)

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario
<i>Lo que debería saber</i>	Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes de rutina de la vista. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o lentes de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año. Necesita una derivación del PCP para un examen de diagnóstico de la vista.	

Servicios de salud mental

Consulta de paciente hospitalizado	• \$315 de copago diario para los días 1 a 5 • No pagará nada por día desde el día 6 a 90	• \$275 de copago diario para los días 1 a 5 • No pagará nada por día desde el día 6 a 90
Consulta de terapia grupal o individual ambulatoria	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
<i>Lo que debería saber</i>	Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicios para atención de salud mental de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de una hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos. Si su hospitalización se prolonga por más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual ambulatoria, debe obtener una derivación del PCP.	

Establecimiento de enfermería especializada (SNF, Skilled Nursing Facility)

	• \$0 de copago diario para los días 1 a 20 • \$160 de copago diario para los días 21 a 44 • \$0 de copago diario para los días 45 a 100	• \$20 de copago diario para los días 1 a 20 • \$140 de copago diario para los días 21 a 44 • \$0 de copago diario para los días 45 a 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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------	--

\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario

Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes de rutina de la vista. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o lentes de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año.

Necesita una derivación del PCP para un examen de diagnóstico de la vista.

\$200 de copago diario para los días 1 a 5 - No pagará nada por día desde el día 6 a 90	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.	\$200 de copago por estadía. No pagará más de \$400 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario.
\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	

Nuestro plan cubre hasta 190 días vitalicios para atención de salud mental de pacientes hospitalizados en una institución psiquiátrica. El límite de atención para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general.

Nuestro plan cubre 90 días de una hospitalización.

Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “adicionales” que cubrimos.

Si su hospitalización se prolonga por más de 90 días, usted puede usar estos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya utilizado estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.

Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual ambulatoria, debe obtener una derivación del PCP.

\$20 de copago diario para los días 1 a 20 \$100 de copago diario para los días 21 a 44 \$0 de copago diario para los días 45 a 100	\$20 de copago diario para los días 1 a 20 \$60 de copago diario para los días 21 a 44 \$0 de copago diario para los días 45 a 100	\$20 de copago diario para los días 1 a 20 \$0 de copago diario para los días 21 a 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 AMBULATORIOS			
Fisioterapia			
Terapia ocupacional	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	
Fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje, debe obtener una derivación del PCP.		
Ambulancia			
	\$350 de copago por viaje	\$325 de copago por viaje	
Transportation			
	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	
Lo que debería saber	Transporte que no es de ambulancia (por ej., taxi, viaje compartido, van o transporte médico) desde un hospital hasta un establecimiento de enfermería especializada		
Medicamentos de la Parte B de Medicare			
	Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: usted paga el 20 % del costo. Otros medicamentos de la Parte B: usted paga el 20 % del costo.	Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: usted paga el 20 % del costo. Otros medicamentos de la Parte B: usted paga el 20 % del costo.	
Lo que debería saber	Es posible que se necesite 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 consulta		\$15 de copago por consulta		
\$20 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje, debe obtener una derivación del PCP.				
\$225 de copago por día		\$125 de copago por día		\$90 de copago por día
\$40 de copago por viaje		\$40 de copago por viaje		
Transporte que no es de ambulancia (por ej., taxi, viaje compartido, van o transporte médico) desde un hospital hasta un establecimiento de enfermería especializada				
Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: No paga nada. Otros medicamentos de la Parte B: No paga nada.		Para los medicamentos de la Parte B, como medicamentos para quimioterapia: No paga nada. Otros medicamentos de la Parte B: No paga nada.		
Es posible que se necesite autorización previa.				

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA			
Cobertura inicial			
	Después de pagar su deducible anual de \$250 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos de venta con receta de la parte D	Después de pagar su deducible anual de \$225 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos de venta con receta de la parte D	Después de pagar su deducible anual de \$200 para los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos de venta con receta de la parte D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,020. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de la Parte D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.	

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

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Cobertura inicial

Costos compartidos de farmacia minorista estándar: farmacia preferida

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

Costos compartidos de farmacia minorista estándar: farmacia no preferida

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

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

Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
\$4	\$8	\$12	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$8	\$16	\$24	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
\$45	\$90	\$135	\$45	\$90	\$135	\$30	\$60	\$90
\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
29 % del costo	N/C	N/C	33 % del costo	N/C	N/C	33 % del costo	N/C	N/C
\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C

[illegible]

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

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Costos compartidos de farmacia estándar de pedido por correo

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

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

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

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y usted paga su parte del costo.

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

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

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

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

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
\$4	\$8	\$8	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$8	\$16	\$16	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
\$45	\$90	\$90	\$45	\$90	\$90	\$30	\$60	\$60
\$100	\$200	\$300	\$100	\$200	\$300	\$80	\$160	\$240
29 % del costo	N/C	N/C	33 % del costo	N/C	N/C	33 % del costo	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$200 del Nivel 3, el Nivel 4 y el Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos del Nivel 3, 4 y 5 y usted paga su parte.			Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.			Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.		

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA		
Período sin cobertura		
	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,020. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,020. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,020. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,020. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,020. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 25 % del costo del plan por medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$6,350, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura. Conforme a este plan, usted incluso puede pagar menos por los medicamentos de marca y genéricos que figuran en el formulario. Su costo varía por nivel. Tendrá que usar el formulario para ubicar el nivel de su medicamento. Consulte la siguiente tabla para descubrir cuánto le costará.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA		
Período sin cobertura		
Cobertura de enfermedades catastróficas		
	Después de que sus gastos de bolsillo para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas: • el 5 % del costo; • \$3.60 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.	Después de que sus gastos de bolsillo para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas: • el 5 % del costo; • \$3.60 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus			
		Costos compartidos de farmacia minorista estándar			
		Medicamento cubierto	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
		Nivel 1 (Genérico preferido)			
		Todos	\$2	\$4	\$6
		Nivel 2 (Genérico)			
		Todos	\$4	\$8	\$12
		Costos compartidos de farmacia estándar de pedido por correo			
		Medicamento cubierto	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
		Nivel 1 (Genérico preferido)			
		Todos	\$2	\$4	\$4
		Nivel 2 (Genérico)			
		Todos	\$4	\$8	\$8
		Después de que sus gastos de bolsillo para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas: • el 5 % del costo; • \$3.60 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.	Después de que sus gastos de bolsillo para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas: • el 5 % del costo; • \$3.60 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para todos los demás medicamentos.	Después de que sus gastos de bolsillo para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos comprados en una farmacia minorista y mediante pedido por correo) alcancen los \$6,350, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas: • el 5 % del costo; • \$3.60 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$8.95 para 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 los siguientes: • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales	Los beneficios comprenden los siguientes: • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales	
Prima mensual			
	\$17.00 adicionales por mes.	\$17.00 adicionales por mes.	
Lo que debería saber	Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y la prima mensual de su plan.		
Deducible			
	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	
El plan ofrece los siguientes beneficios:			
	• Cobertura del 100 % para servicios preventivos de rutina. Usted paga \$0. • Cobertura del 80 % para obturaciones y extracciones. Usted paga 20 %. • Cobertura del 50 % para tratamientos de conductos, dentaduras postizas y coronas. Usted paga 50 %.	• Cobertura del 100 % para servicios preventivos de rutina. Usted paga \$0. • Cobertura del 80 % para obturaciones y extracciones. Usted paga 20 %. • Cobertura del 50 % para tratamientos de conductos, dentaduras postizas y coronas. Usted paga 50 %.	
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion National.		
BENEFICIOS ADICIONALES			
Acupuntura			
Servicios de acupuntura cuando los ofrece un acupunturista con licencia	Los servicios de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte “Programas de bienestar” para obtener información adicional.		

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 siguientes: • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales	Los beneficios comprenden los siguientes: • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales
---	---

--

\$30.00 adicionales por mes.	\$30.00 adicionales por mes.
------------------------------	------------------------------

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

--

Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
-------------------------------	-------------------------------

--

• Cobertura del 100 % para servicios preventivos de rutina. Usted paga \$0. • Cobertura del 80 % para obturaciones y extracciones. Usted paga 20 %. • Cobertura del 50 % para tratamientos de conductos, dentaduras postizas y coronas. Usted paga 50 %.	• Cobertura del 100 % para servicios preventivos de rutina. Usted paga \$0. • Cobertura del 80 % para obturaciones y extracciones. Usted paga 20 % • Cobertura del 50 % para tratamientos de conductos, dentaduras postizas y coronas. Usted paga 50 %.
--	---

La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion National.

--

--

Los servicios de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte “Programas de bienestar” para obtener información adicional.
--

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS ADICIONALES			
Atención quiropráctica			
Manipulación de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de su columna se desplazan de su lugar)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago	\$15 de copago	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).		
Cuidado de los pies (servicios de podología)			
Exámenes y tratamiento de los pies si usted tiene daño en los nervios relacionados con la diabetes o si reúne ciertas condiciones	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).		
Servicios de salud domiciliaria			
Atención en una agencia de salud en el hogar	No paga nada	No paga nada	
Terapia de infusiones en el hogar	No paga nada	No paga nada	
Lo que debería saber	Es posible que se necesite autorización previa.		
Cuidados paliativos			
	No paga nada	No paga nada	
Lo que debería saber	Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. Los cuidados paliativos están cubiertos fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.		

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

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

Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).

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

Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).

No paga nada		No paga nada		
No paga nada		No paga nada		

Es posible que se necesite autorización previa.

No paga nada		No paga nada		
--------------	--	--------------	--	--

Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo.
 Los cuidados paliativos están cubiertos fuera de nuestro plan.
 Comuníquese con nosotros para obtener más información.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS ADICIONALES			
Equipos o insumos médicos			
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20 % del costo	20 % del costo	
Prótesis (aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20 % del costo	20 % del costo	
Lo que debería saber	Elementos cubiertos por el plan: equipo de seguridad de baño para afiliados que tienen deterioros funcionales y que con esos elementos mejorarán su seguridad: • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por afiliado cada cinco años • Barras de apoyo estándar para el baño: 2 por afiliado cada cinco años • Asiento estándar para la bañera: 1 por afiliado cada cinco años El plan cubre los siguientes elementos adicionales: • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para afiliados con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses Es posible que se necesite autorización previa.		
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento para el cáncer)	\$500 por año	\$500 por año	
Servicios e insumos para la diabetes	No paga nada	No paga nada	
Servicios e insumos para la diabetes	Incluye insumos de control de la diabetes, capacitación sobre autocontrol de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se puede aplicar un copago si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio. Se necesita una derivación solamente para capacitación en automanejo de la diabetes. La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.		
Terapia ambulatoria para el consumo de sustancias			
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).		
Diálisis renal			
	20 % del costo	20 % del costo	

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
10 % del costo		10 % del costo		
10 % del costo		10 % del costo		
Elementos cubiertos por el plan: equipo de seguridad de baño para afiliados que tienen deterioros funcionales y que con esos elementos mejorarán su seguridad: • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por afiliado cada cinco años • Barras de apoyo estándar para el baño: 2 por afiliado cada cinco años • Asiento estándar para la bañera: 1 por afiliado cada cinco años El plan cubre los siguientes elementos adicionales: • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para afiliados con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses Es posible que se necesite autorización previa.				
\$500 por año		\$500 por año		
No paga nada		No paga nada		
Incluye insumos de control de la diabetes, capacitación sobre autocontrol de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se puede aplicar un copago si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio. Se necesita una derivación solamente para capacitación en automanejo de la diabetes. La cobertura de monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y soluciones de control de la glucosa se limita a los productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.				
\$25 de copago por consulta		\$15 de copago por consulta		
Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener una derivación del médico de atención primaria (PCP, Primary Care Physician).				
20 % del costo		20 % del costo		

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS ADICIONALES			
Programas de bienestar			
Programa de control del peso	El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control del peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.		
Subsidio para bienestar	El plan entrega un subsidio anual de \$300 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades de entrenamiento de la memoria.	El plan entrega un subsidio anual de \$150 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades de entrenamiento de la memoria.	
SilverSneakers®	Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester. No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.		
	SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los afiliados reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.		

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

--

El plan entrega un subsidio anual de \$150 para control del peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers®, Jenny Craig® o un programa de pérdida de peso en un hospital.

El plan entrega un subsidio anual de \$150 para bienestar que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como Pilates, Tai Chi o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades de entrenamiento de la memoria.

Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester.
No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.

SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los afiliados reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.

Tufts Health Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales y no discrimina sobre la base de raza, grupo étnico, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Tufts Health Plan no excluye a las personas ni las trata en forma diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo.

Tufts Health Plan:

- Entrega ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Información por escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Presta servicios lingüísticos gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

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

Si considera que Tufts Health Plan no prestó estos servicios o lo discriminó de otro modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal 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 formal en persona o por correo, fax o correo electrónico.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles de Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en forma 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 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>.

www.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) فراهم می باشد. با تماس بگیرید.

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 ដោយមិនគិតល្បួល 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: ໂປດຊາບ: 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 jiikeh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 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).

Esta página se dejó en blanco en forma intencional.

Esta página se dejó en blanco en forma intencional.

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al 1-888-515-5880 // TTY: 711

Los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

VISÍTENOS EN: www.thpmp.org

Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, Health Maintenance Organization) con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

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

Los beneficios dentales los administra Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo la marca Dominion National. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o red de proveedores, le rogamos comunicarse con Relaciones con el Cliente.



705 Mount Auburn Street,
Watertown, MA 02472