



Resumen de beneficios 2021

Planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO

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

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx
Tufts Health Plan 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, visite **www.thpmp.org** para ver la *Evidencia de cobertura*. También puede llamar a Relaciones con el Cliente para pedir una copia impresa al 1-800-701-9000 (TTY: 711).

Resumen de beneficios desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

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 Health Plan Medicare Preferred HMO).

Consejos para comparar sus opciones de Medicare:

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

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los demás planes los correspondientes folletos de Resumen de beneficios. O bien, use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Véalo en línea en 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 Health Plan Medicare Preferred HMO

¿Quién puede afiliarse?

Para afiliarse a Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, debe tener derecho a Part A de Medicare, estar inscrito en Part 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 Health Plan Medicare Preferred HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa médicos que no están en nuestra red, el plan podría no pagar estos servicios.

Generalmente debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas en el caso de medicamentos cubiertos de Part D. Puede ver el Directorio de médicos y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web (www.thpmp.org).

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

Círculos de referidos

Su PCP trabaja con ciertos especialistas del plan, lo que se denomina “círculo de referidos” 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 miembro del plan. En la mayoría de los casos, debe obtener un referido de su PCP antes de ver a cualquier otro médico. Esto significa que usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO, salvo en situaciones de emergencia o urgencia o para diálisis renal fuera de la red.

¿Qué cubrimos?

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

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

Los planes Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus cubren los medicamentos de Part D. Asimismo, todos los planes cubren los medicamentos de Part B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su médico.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de Part D) y cualquier otra restricción en nuestro sitio web: www.thpmp.org.

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

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

	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan			
Middlesex, Norfolk, Plymouth, Barnstable, Bristol	\$0 por mes	No se ofrece	\$46 por mes
Essex, Suffolk	\$0 por mes	\$28 por mes	\$61 por mes
Hampden, Hampshire	\$0 por mes	No se ofrece	\$35 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$20 por mes	\$43 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Part B de Medicare.		
Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	\$250 al año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	Este plan no cubre medicamentos recetados.	\$225 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Responsabilidad de gastos máximos de bolsillo (no incluye los medicamentos recetados)	\$7,550	\$3,450
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 recetados de Part D, si corresponde).	

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EXTERNOS	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados			
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	<ul style="list-style-type: none"> \$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 	<ul style="list-style-type: none"> \$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 exija autorización previa.		
Atención hospitalaria para pacientes externos			
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$350 de copago por día	\$250 de copago por día	
Cirugía externa , (servicios prestados en establecimientos hospitalarios externos y centros de cirugía externa)	Colonoscopias: \$0 Otros: \$350 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$250 de copago por día	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido del PCP. Es posible que se exija autorización previa.		

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Prima mensual del plan				
\$103 por mes	\$150 por mes	\$133 por mes	\$180 por mes	\$214 por mes
\$123 por mes	\$170 por mes	\$156 por mes	\$203 por mes	\$235 por mes
No se ofrece	\$73 por mes	No se ofrece	\$98 por mes	\$118 por mes
\$112 por mes	\$160 por mes	\$152 por mes	\$195 por mes	No se ofrece
Además, debe seguir pagando la prima de Part B de Medicare.				
Este plan no cubre medicamentos recetados.	\$200 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.

\$3,450	\$3,450
---------	---------

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 recetados de Part D, si corresponde).

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados				
<ul style="list-style-type: none"> \$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 	<ul style="list-style-type: none"> \$300 de copago por estancia. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos de hospitalización en un año calendario. 	<ul style="list-style-type: none"> \$200 de copago por estancia. 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 exija autorización previa.				
Atención hospitalaria para pacientes externos				
\$150 de copago por día	\$100 de copago por día	\$75 de copago por día		
Colonoscopias: \$0 Otros: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 Otros: \$75 de copago por día		
Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido del PCP. Es posible que se exija autorización previa.				

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EXTERNOS	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Consultas médicas			
Médico de atención primaria	\$10 de copago por visita	\$10 de copago por visita	
Especialista	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
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 un referido del PCP.		
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 visita	\$110 de copago por visita	
Lo que debería saber	Si lo ingresan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.		
Servicios de urgencia	\$10 de copago por visita al PCP \$45 de copago por visita al especialista	\$10 de copago por visita al PCP \$40 de copago por visita 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. No puede evadir el copago si ingresa como paciente hospitalizado dentro de 24 horas. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.		
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes			
Servicios de radiología de diagnóstico (como RMN y TC)	\$325 de copago por día \$100 por día por ecografía	\$250 de copago por día \$100 por día por ecografía	
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$10 por día	\$10 por día	
Servicios de laboratorio	Prueba inmunoquímica fecal (PIF): \$0 Otros: \$10 por día	Prueba inmunoquímica fecal (PIF): \$0 Otros: \$10 por día	
Radiografías de pacientes externos	\$10 por día	\$10 por día	
Lo que debería saber	No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes externos si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se exija autorización previa.		
Servicios para la audición			
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Prótesis auditivas	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditivas Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditivas Nivel avanzado plus: \$850 de copago por prótesis auditivas Nivel premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas		

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Consultas médicas				
\$10 de copago por visita		\$10 de copago por visita		
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
No hay copago por un examen médico anual con el PCP. Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
No paga nada		No paga nada		
Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.				
\$110 de copago por visita		\$110 de copago por visita		
Si lo ingresan en el hospital dentro de un plazo de 24 horas por la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de atención de emergencia. Su plan incluye cobertura mundial para atención de emergencia.				
\$10 de copago por visita al PCP \$25 de copago por visita al especialista		\$10 de copago por visita al PCP \$15 de copago por visita 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. No puede evadir el copago si ingresa como paciente hospitalizado dentro de 24 horas. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.				
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes				
\$100 de copago por día		20% del costo No pagará más de \$75 al día por servicios de radiología de diagnóstico		
\$5 por día		No paga nada		
Prueba inmunoquímica fecal (PIF): \$0 Otros: \$5 por día		No paga nada		
\$5 por día		No paga nada		
No se aplica copago para exámenes y procedimientos de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiografías de pacientes externos si los servicios se realizan como parte de una cita en el consultorio. Es posible que se exija autorización previa.				
Servicios para la audición				
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas Nivel superior: \$475 de copago por prótesis auditivas Nivel avanzado: \$650 de copago por prótesis auditivas Nivel avanzado plus: \$850 de copago por prótesis auditivas Nivel premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas				

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EXTERNOS	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	Antes de que reciba un examen auditivo de diagnóstico de parte de un especialista, debe obtener un referido del PCP. Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 audífono por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva en forma gratuita.		
Servicios Dentales			
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Lo que debería saber	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 incorporado	\$1,000 de máximo por año calendario. \$0 por servicios preventivos como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios de restauración como empastes y extracciones simples. Sin deducible. No hay período de espera.		
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO.		
Tufts Health Plan 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 (hasta 1 por año)	\$15 de copago por visita	\$15 de copago por visita	
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita	
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	
Lo que debería saber	Debe acudir a un médico 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 médico 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 un referido 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 externa	\$25 de copago por visita	\$25 de copago por visita	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Antes de que reciba un examen auditivo de diagnóstico de parte de un especialista, debe obtener un referido del PCP. Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 audífono por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva en forma gratuita.				
Servicios Dentales				
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
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		
N/C				
Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.				
Servicios de la vista				
\$15 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
\$0 de copago por visita		\$0 de copago por visita		
Hasta \$150 de subsidio por año calendario		Hasta \$150 de subsidio por año calendario		
Debe acudir a un médico 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 médico 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 un referido del PCP para un examen de diagnóstico de la vista.				
Servicios de salud mental				
\$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.
\$20 de copago por visita		\$10 de copago por visita		

ATENCIÓN Y SERVICIOS PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EXTERNOS	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>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.</p> <p>Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual externa, debe obtener un referido del PCP.</p>		
Establecimiento de enfermería especializada (SNF, Skilled Nursing Facility)			
Establecimiento de enfermería especializada (SNF, Skilled Nursing Facility)	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 	
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se exige hospitalización previa.		
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	
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje, debe obtener un referido del PCP.		
Ambulancia			
Ambulancia	\$350 de copago por viaje	\$325 de copago por viaje	
Lo que debería saber	Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.		
Transporte			
Transporte	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	
Lo que debería saber	Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, van o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un establecimiento de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.		
Medicamentos de Part B de Medicare			
Medicamentos de Part B de Medicare	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: usted paga el 20 % del costo.</p>	
Lo que debería saber	Es posible que se exija autorización previa.		

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>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.</p> <p>Antes de que reciba consultas de terapia grupal o individual externa, debe obtener un referido del PCP.</p>				
Establecimiento de enfermería especializada (SNF, Skilled Nursing Facility)				
<ul style="list-style-type: none"> • \$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 	<ul style="list-style-type: none"> • \$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 	<ul style="list-style-type: none"> • \$20 de copago diario para los días 1 a 20 • \$0 de copago diario para los días 21 a 100 		
<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se exige hospitalización previa.</p>				
Fisioterapia				
\$20 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
\$20 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
<p>Antes de que reciba servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y el lenguaje, debe obtener un referido del PCP.</p>				
Ambulancia				
\$225 de copago por día		\$125 de copago por día		\$90 de copago por día
Es posible que se necesite autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.				
Transporte				
\$40 de copago por viaje		\$40 de copago por viaje		
<p>Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, van o sedán para personas en silla de ruedas), proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un establecimiento de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.</p>				
Medicamentos de Part B de Medicare				
<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: No paga nada.</p>		<p>Medicamentos para quimioterapia de Part B: No paga nada.</p> <p>Otros medicamentos de Part B: No paga nada.</p>		
<p>Es posible que se exija autorización previa.</p>				

Beneficios de medicamentos recetados Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	\$250 al año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	\$225 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5

Beneficios de medicamentos recetados Cobertura inicial	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<ul style="list-style-type: none"> 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 \$4,130. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de Part 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 recetados de Part D	<ul style="list-style-type: none"> 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 \$4,130. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de Part D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo.

Beneficios de medicamentos recetados Cobertura inicial	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx		
Costos compartidos en farmacia: 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

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	\$200 por año para medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible.	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	<ul style="list-style-type: none"> 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 \$4,130. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de Part 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 recetados de Part D	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$4,130. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y su plan de Part D. Usted puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y otras farmacias de pedido por correo. 	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia: farmacia preferida								
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
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C
N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	N/C	\$0	N/C	N/C

**Beneficios de medicamentos
recetados Cobertura inicial**

 Tufts Health Plan Medicare Preferred
HMO Saver Rx

 Tufts Health Plan Medicare Preferred
HMO Basic Rx
Costos compartidos en farmacia: 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

Costos compartidos de farmacia 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 cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

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

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6, 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 cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.

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

Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6, 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 Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Costos compartidos en farmacia: farmacia no preferida								
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
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
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
<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 6, y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$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.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista.</p> <p>Puede adquirir medicamentos de una farmacia fuera de la red, pero podría pagar más que en una farmacia de la red.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>		

**Beneficios de medicamentos
recetados Período
sin cobertura**

Tufts Health Plan Medicare Preferred
HMO Saver Rx

Tufts Health Plan Medicare Preferred
HMO Basic Rx

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 \$4,130.

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 \$6,550, 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 \$4,130.

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 \$6,550, que es el fin del período sin cobertura.

No todos ingresarán al período sin cobertura.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,130.</p> <p>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 \$6,550, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,130.</p> <p>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 \$6,550, que es el fin del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>	<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina “brecha de cobertura”). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado su plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$4,130.</p> <p>Después de entrar en el período sin cobertura, sus costos compartidos para el Nivel 3, Nivel 4, Nivel 5 y Nivel 6 serán del 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y del 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos. La tabla a continuación muestra sus costos compartidos para los medicamentos del Nivel 1 y el Nivel 2 durante este período. Permanece en este período hasta que sus costos totalicen \$6,550, que es el término del período sin cobertura.</p> <p>No todos ingresarán al período sin cobertura.</p>

Costos compartidos en farmacia

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 de pedido por correo			
Nivel 1 (Genérico preferido)			
Todos	\$2	\$4	\$4
Nivel 2 (Genérico)			
Todos	\$4	\$8	\$8

Beneficios de medicamentos recetados Cobertura catastrófica	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
	<p>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 \$6,550, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; • \$3.70 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos. 	<p>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 \$6,550, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; • \$3.70 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.

BENEFICIOS OPCIONALES (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option			
Los beneficios son, entre otros, los siguientes:	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales 	
Prima mensual	\$17 adicionales por mes.	\$17 adicionales por mes.	
Lo que debería saber	Debe seguir pagando la prima de Part B de Medicare.	Debe seguir pagando la prima de Part B de Medicare y la prima mensual de su plan.	
Deducible	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option ofrece los siguientes beneficios:	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. • Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. • Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. • Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. • Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 	
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 de máximo por año calendario. No hay período de espera.		

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>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 \$6,550, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; • \$3.70 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos. 	<p>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 \$6,550, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; • \$3.70 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos. 	<p>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 \$6,550, usted pagará la suma que sea mayor entre las siguientes alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 % del costo; • \$3.70 de copago para genéricos (entre los que se incluyen medicamentos de marca tratados como genéricos) y un copago de \$9.20 para todos los demás medicamentos.

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Tufts Health Plan Medicare Preferred Dental Option				
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales 		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios dentales preventivos • Servicios dentales integrales 		
\$30 adicionales por mes.		\$30 adicionales por mes.		
Debe seguir pagando la prima de Part B de Medicare y la prima mensual de su plan.				
Este plan no tiene deducible.		Este plan no tiene deducible.		
<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. • Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. • Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 		<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios preventivos, como limpiezas de rutina y exámenes bucales, cubiertos en un 100 %. Usted paga \$0. • Los servicios de restauración, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga 20 %. • Servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga 50 %. 		
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 de máximo por año calendario. No hay período de espera.				

Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Acupuntura			
Servicios de acupuntura	\$10 de copago por visita		\$10 de copago por visita
Lo que debería saber	<p>Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para los afiliados con dolor crónico en la parte baja de la espalda. 8 consultas adicionales cubiertas para quienes demuestren una mejora. No más de 20 consultas administradas anualmente.</p> <p>Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.</p> <p>Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte “Programas de bienestar” para obtener información adicional.</p>		
Atención quiropráctica			
Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de su columna se desplazan de su lugar)	\$15 de copago por visita		\$15 de copago por visita
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por visita		\$15 de copago por visita
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.		
Cuidado de los pies (servicios de podología)			
Exámenes y tratamiento de los pies si usted tiene daño en los nervios relacionados con la diabetes o si reúne ciertas condiciones	\$45 de copago por visita		\$40 de copago por visita
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.		
Servicios de salud a domicilio			
Atención en una agencia de salud a domicilio	No paga nada		No paga nada
Terapia de infusión domiciliaria	No paga nada		No paga nada
Lo que debería saber	Es posible que se exija una autorización previa para la terapia de infusión en el hogar.		
Hospicio			
	Beneficios proporcionados por Medicare		Beneficios proporcionados por Medicare
Lo que debería saber	Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.		
Equipos o suministros médicos			
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20% del costo		20% del costo
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20% del costo		20% del costo

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Acupuntura				
\$10 de copago por visita		\$10 de copago por visita		
<p>Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para los afiliados con dolor crónico en la parte baja de la espalda. 8 consultas adicionales cubiertas para quienes demuestren una mejora. No más de 20 consultas administradas anualmente.</p> <p>Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.</p> <p>Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio para bienestar. Consulte "Programas de bienestar" para obtener información adicional.</p>				
Atención quiropráctica				
\$15 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
\$15 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
Cuidado de los pies (servicios de podología)				
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
Servicios de salud a domicilio				
No paga nada		No paga nada		
No paga nada		No paga nada		
Es posible que se exija una autorización previa para la terapia de infusión en el hogar.				
Hospicio				
Beneficios proporcionados por Medicare.		Beneficios proporcionados por Medicare.		
Quizás tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.				
Equipos o suministros médicos				
10% del costo		10% del costo		
10% del costo		10% del costo		

Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>Elementos adicionales cubiertos por el plan: equipo de seguridad de baño para afiliados que tienen deterioros funcionales y que con esos elementos mejorarán su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo estándar para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada cinco años • El plan cubre los siguientes elementos adicionales: • Medias de compresión gradiente o quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas para mastectomía para afiliados con diagnóstico de linfedema en extremidad superior: hasta 2 pares cada 6 meses <p>Es posible que se exija autorización previa.</p>		
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento para el cáncer)	\$500 por año		\$500 por año
Servicios e suministros para la diabetes	No paga nada		No paga nada
Lo que debería saber	<p>Incluye suministros 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 un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>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.</p>		
Terapia externa para el consumo de sustancias			
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por visita		\$25 de copago por visita
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.		
Diálisis renal			
	20% del costo		20% del costo
Servicios de Telehealth o telemedicina			
	<p>Servicios cubiertos por Medicare, más servicios adicionales de telehealth, como servicios de PCP, servicios de especialistas y más.</p> <p>Los costos compartidos aplicables por cita en el consultorio se aplican para servicios no opioides de telehealth. Los costos compartidos por servicios de opioides se aplican a los servicios opioides de telehealth prestados como parte del episodio de Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides. Se exige un referido para algunos servicios de telehealth adicionales.</p>		
Programas de bienestar			
Medicamentos de venta sin receta para productos de Medicare	\$50 por trimestre calendario		N/C
Lo que debería saber	No hay traspaso del saldo trimestral no utilizado. Productos disponibles solo del catálogo de medicamentos de venta sin receta suministrados por el médico aprobado por el plan.		N/C

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Elementos adicionales cubiertos por el plan: equipo de seguridad de baño para afiliados que tienen deterioros funcionales y que con esos elementos mejorarán su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado estándar para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo estándar para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento estándar para la bañera: 1 por miembro cada cinco años • El plan cubre los siguientes elementos adicionales: • Medias de compresión gradiente o quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas para mastectomía para afiliados con diagnóstico de linfedema en extremidad superior: hasta 2 pares cada 6 meses <p>Es posible que se exija autorización previa.</p>				
\$500 por año		\$500 por año		
No paga nada		No paga nada		
<p>Incluye suministros 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 un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>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.</p>				
Terapia externa para el consumo de sustancias				
\$20 de copago por visita		\$10 de copago por visita		
Antes de que reciba servicios de un especialista, debe obtener un referido del PCP.				
Diálisis renal				
20% del costo		20% del costo		
Servicios de Telehealth				
<p>Servicios cubiertos por Medicare, más servicios adicionales de telehealth, como servicios de PCP, servicios de especialistas y más.</p> <p>Los costos compartidos aplicables por cita en el consultorio se aplican para servicios no opioides de telehealth. Los costos compartidos por servicios de opioides se aplican a los servicios opioides de telehealth prestados como parte del episodio de Servicios del Programa de Tratamiento con Opioides. Se exige una referido para algunos servicios de telehealth adicionales.</p>				
Programas de bienestar				
N/C				
N/C				

Beneficios adicionales	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Basic Rx
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 \$250 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®	N/C	Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester. SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los miembros reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.	

Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Health Plan Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>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.</p>				
<p>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.</p>				
<p>Se aplica solamente a los residentes del condado de Worcester.</p> <p>SilverSneakers ofrece acceso a clases, equipos de ejercicios y otros servicios para incentivar la actividad física. Los miembros reciben una membresía básica para acondicionamiento físico y acceso a más de 14,000 centros participantes. SilverSneakers ofrece diferentes formas de actividades para que usted se mantenga saludable.</p>				<p>N/C</p>



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 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 cree que Tufts Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Tufts Health Plan, a la atención de:

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 los 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 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. با تماس بگیریید. 1-800-701-9000 (TTY: 711) فراهم می باشد.

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 ដោយមិនគិតល្អៗ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ 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 yánílt'igo Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwoḍeḍe, t'áá jiikeh, 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).



¿Tiene preguntas?

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



705 Mount Auburn Street
Watertown, MA 02472

Tufts Health Plan es un plan de Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en 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 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 médicos, le rogamos comunicarse con Relaciones con el Cliente. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.