

PLANES DE TUFTS MEDICARE PREFERRED HMO | 2018

Resumen de Beneficios

Este Resumen de Beneficios incluye planes de 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 brindada sobre los beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No menciona cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener la lista completa de los servicios que cubrimos, llame a Relaciones con el cliente y solicite la “Evidencia de cobertura” o visite el sitio tuftsmedicarepreferred.org.

En vigencia desde el 1 de enero de 2018
hasta el 31 de diciembre de 2018

H2256_2018_5SPA Accepted



RESUMEN DE BENEFICIOS

1 de enero de 2018 - 31 de diciembre de 2018

Tiene diferentes opciones para obtener sus beneficios de Medicare

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

- Si quiere comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite los folletos con el Resumen de Beneficios a los otros planes. También puede utilizar el Buscador de planes de Medicare en <http://www.medicare.gov>.
- Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, revise el manual “Medicare y usted” vigente. Acceda en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia llamando al 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.

Información importante sobre Tufts Medicare Preferred HMO

Horario de atención

- Del 1 de octubre al 14 de febrero puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este).
- Del 15 de febrero al 30 de septiembre puede llamarnos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del este).

Números de teléfono y sitio web de Tufts Medicare Preferred HMO

- Si ya es miembro de este plan, llame sin costo al 1-800-701-9000.
- Si aún no forma parte de este plan, llame sin costo al 1-877-409-3499.
- Nuestro sitio web: tuftsmedicarepreferred.org

¿Quién puede afiliarse?

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

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

¿A qué médicos, hospitales y farmacias puedo recurrir?

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

Por lo general, debe utilizar farmacias de nuestra red para que surtan sus recetas de medicamentos cubiertos por la Parte D. Puede consultar el directorio de proveedores del plan en nuestro sitio web (tuftsmedicarepreferred.org). Puede consultar el directorio de farmacias del plan en nuestro sitio web (tuftsmedicarepreferred.org). También puede comunicarse con nosotros y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

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

Círculos de referidos

El médico de atención primaria (PCP) trabaja con ciertos especialistas del plan, lo que se denomina “círculo de referidos”, para brindarle la atención médica que usted necesita. Su PCP le brindará la mayor parte de la atención médica que usted necesita y lo ayudará a organizar los demás servicios cubiertos que obtiene por ser miembro del plan. En la mayoría de los casos, debe contar con un referido de su PCP antes de consultar cualquier otro proveedor de atención médica. Esto significa que no podrá acceder a la red completa de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto en situaciones de atención médica de emergencia o urgencia o para realizar diálisis renal fuera del área.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare y más.

- Los miembros de nuestro plan obtienen todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted deberá pagar más en nuestro plan que lo que pagaría en Original Medicare. Para otros beneficios, usted deberá pagar menos.
- Los miembros de nuestro plan obtienen más beneficios que los cubiertos por Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se encuentran detallados en este folleto.

Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx, Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx y Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus cubren los medicamentos de la Parte D. Además, todos los planes cubren los medicamentos de la Parte B, como quimioterapia, y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

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

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

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de cinco “niveles”. Deberá usar su formulario para localizar el nivel en el que se encuentra su medicamento y determinar cuánto le costará. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y de la etapa del beneficio que haya alcanzado. Más adelante, en este documento, analizaremos las etapas de beneficio que se pueden presentar una vez que haya alcanzado el deducible: cobertura inicial, brecha de cobertura y cobertura en situaciones 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.	\$46,00 por mes.
Essex y Suffolk	\$0 por mes.	\$38,00 por mes.	\$66,00 por mes.
Hampden y Hampshire	No se ofrece.	No se ofrece.	\$24,00 por mes.
Worcester	\$0 por mes.	\$40,00 por mes.	\$68,00 por mes.
Lo que debe saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B.		
Deducible (para los medicamentos con receta de la Parte D, excepto para los medicamentos que se encuentran en la lista de Nivel 1 y Nivel 2 que están excluidos del deducible)			
	\$400 por año	Este plan no cubre los medicamentos con receta.	\$350 por año
Desembolso personal máximo (no incluye medicamentos con receta)			
	\$4500 por año	\$3400 por año	\$3400 por año
Lo que debe saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege a través de los límites anuales de gastos personales para la asistencia médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de gastos personales, mantendrá la cobertura de los servicios hospitalarios y médicos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales (y el costo compartido para los medicamentos con receta de la Parte D, si corresponde).		
SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA			
Servicio de hospitalización			
	• \$350 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90. • No pagará nada por día, del día 91 en adelante.	• \$275 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90. • No pagará nada por día, del día 91 en adelante.	
Lo que debe saber	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.		
Cirugía ambulatoria			
Centro quirúrgico ambulatorio	\$350 de copago por visita	\$250 de copago por visita	
Hospital para pacientes ambulatorios	\$350 de copago por visita	\$250 de copago por visita	
Lo que debe saber	Para recibir estos servicios, debe obtener un referido de su PCP. Se puede solicitar una 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.	\$132,00 por mes.	\$133,00 por mes.	\$166,00 por mes.	\$200,00 por mes.
\$123,00 por mes.	\$152,00 por mes.	\$156,00 por mes.	\$189,00 por mes.	\$221,00 por mes.
\$41,00 por mes.	\$70,00 por mes.	\$67,00 por mes.	\$100,00 por mes.	\$132,00 por mes.
\$112,00 por mes.	\$147,00 por mes.	\$152,00 por mes.	\$186,00 por mes.	No se ofrece.

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

Este plan no cubre los medicamentos con receta.	\$300 por año	Este plan no cubre los medicamentos con receta.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
---	---------------	---	-------------------------------	-------------------------------

\$3400 por año	\$3400 por año	\$3400 por año	\$3400 por año	\$3400 por año
----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege a través de los límites anuales de gastos personales para la asistencia médica y hospitalaria.

Si alcanza el límite de gastos personales, mantendrá la cobertura de los servicios hospitalarios y médicos, y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que deberá seguir pagando las primas mensuales (y el costo compartido para los medicamentos con receta de la Parte D, si corresponde).

• \$200 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90. • No pagará nada por día, del día 91 en adelante.	• \$300 de copago por hospitalización • No pagará nada por día, del día 91 en adelante. No pagará más de \$900 por año calendario por los servicios de hospitalización cubiertos.	• \$200 de copago por hospitalización • No pagará nada por día, del día 91 en adelante. No pagará más de \$400 por año calendario por los servicios de hospitalización cubiertos.
--	---	---

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización.

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

Para recibir estos servicios, debe obtener un referido de su PCP. Se puede solicitar una autorización previa.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA			
Visitas médicas			
Médico de atención primaria	\$0-\$20 de copago por visita, según el servicio	\$0-\$10 de copago por visita, según el servicio	
Especialista	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita	
Lo que debe saber	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.		
Cuidado preventivo			
	Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.	
Lo que debe saber	Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.		
Atención médica de emergencia			
	\$80 de copago por visita	\$100 de copago por visita	
Lo que debe saber	Si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte de los costos compartidos para la atención médica de emergencia. Su plan incluye cobertura global para atención médica de emergencia.		
Servicios de urgencia			
	\$20-\$45 de copago por visita, según el servicio	\$10-\$40 de copago por visita, según el servicio	
Lo que debe saber	La atención médica de urgencia puede ser provista por proveedores de la red o proveedores que no formen parte de la red en los casos en que los proveedores de la red no estén disponibles o no se los pueda contactar temporalmente. Su plan incluye cobertura global para atención médica de urgencia.		
Servicios de diagnóstico/laboratorio/imagen			
Servicios de radiología diagnóstica (como resonancias magnéticas [MRI], o tomografías computarizadas [CT])	\$300 de copago por día	\$250 de copago por día	
Exámenes y procedimientos de diagnóstico	\$10 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	
Servicios de laboratorio	\$10 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$10 por día, por proveedor	\$10 por día, por proveedor	

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
\$0-\$10 de copago por visita, según el servicio		\$0-\$10 de copago por visita, según el servicio		
\$25 de copago por visita		\$15 de copago por visita		
Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.				
Usted no pagará nada.		Usted no pagará nada.		
Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año de contrato estará cubierto.				
\$100 de copago por visita		\$100 de copago por visita		
Si usted ingresa al hospital dentro de las 24 horas, no debe pagar su parte de los costos compartidos para la atención médica de emergencia. Su plan incluye cobertura global para atención médica de emergencia.				
\$10-\$25 de copago por visita, según el servicio		\$10-\$15 de copago por visita, según el servicio		
La atención médica de urgencia puede ser provista por proveedores de la red o proveedores que no formen parte de la red en los casos en que los proveedores de la red no estén disponibles o no se los pueda contactar temporalmente. Su plan incluye cobertura global para atención médica de urgencia.				
\$100 de copago por día		20 % del costo No pagará más de \$75 por día por los servicios de radiología de diagnóstico		
\$5 por día, por proveedor		Usted no pagará nada.		
\$5 por día, por proveedor		Usted no pagará nada.		
\$5 por día, por proveedor		Usted no pagará nada.		

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

SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Servicios de audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Examen auditivo de rutina (<i>hasta 1 por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Audífonos	No están cubiertos.	No están cubiertos.
<i>Lo que debe saber</i>	Para que un especialista le realice un examen auditivo de diagnóstico, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Servicios dentales

	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Servicios dentales limitados (no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales)	

Servicios de la vista

Examen de la vista de rutina (<i>hasta 1 por año</i>)	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oculares (<i>incluye un examen anual de glaucoma</i>)	\$0-\$45 de copago por visita, según el servicio	\$0-\$40 de copago por visita, según el servicio
Beneficio anual de lentes	Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario
<i>Lo que debe saber</i>	Usted debe recurrir a un proveedor de Vision Care (EyeMed Vision Care) para recibir la cobertura del examen ocular de rutina. Debe adquirir los anteojos o lentes de contacto de un proveedor oftalmológico participante (EyeMed Vision Care) para obtener la prestación de \$150. De otro modo, el beneficio estará limitado a \$90 por año.	

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

\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita
\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita
Prestación de \$500 para audífonos cada tres años	Prestación de \$500 para audífonos cada tres años

Para que un especialista le realice un examen auditivo de diagnóstico, usted debe contar con un referido de su PCP.

\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita
Servicios dentales limitados (no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales)	
\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita
\$0-\$25 de copago por visita, según el servicio	\$0-\$15 de copago por visita, según el servicio
Prestación de hasta \$150 por año calendario	Prestación de hasta \$150 por año calendario

Usted debe recurrir a un proveedor de Vision Care (EyeMed Vision Care) para recibir la cobertura del examen ocular de rutina. Debe adquirir los anteojos o lentes de contacto de un proveedor oftalmológico participante (EyeMed Vision Care) para obtener la prestación de \$150. De otro modo, el beneficio estará limitado a \$90 por año.

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

SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Servicios de salud mental

Visita hospitalaria	• \$315 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90.	• \$275 de copago por día, del día 1 al 5 • No pagará nada por día, del día 6 al 90.
Terapia grupal o individual para pacientes ambulatorios	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Nuestro plan cubre hasta 190 días de atención médica de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de atención médica para pacientes hospitalizados no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital general. Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización. Nuestro plan también cubre 60 “días de reserva vitalicia”. Estos son días “extra” que cubrimos. Si su hospitalización excede los 90 días, puede utilizar estos días extra. Sin embargo, una vez que haya utilizado los 60 días extra, su cobertura de hospitalización estará limitada a 90 días. Para recibir visitas de terapia individual o grupal ambulatoria debe contar con un referido de su PCP.	

Centro de enfermería especializada (SNF)

	• \$0 de copago por día, del día 1 al 20 • \$160 de copago por día, del día 21 al 44 • \$0 de copago por día, del día 45 al 100	• \$20 de copago por día, del día 1 al 20 • \$140 de copago por día, del día 21 al 44 • \$0 de copago por día, del día 45 al 100
<i>Lo que debe saber</i>	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.	

Fisioterapia

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

Ambulancia

	\$300 de copago por día	\$275 de copago por día
--	-------------------------	-------------------------

Transporte

	No están cubiertos.	No están cubiertos.
--	---------------------	---------------------

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

\$200 de copago por día, del día 1 al 5 - No pagará nada por día, del día 6 al 90.	\$300 de copago por hospitalización No pagará más de \$900 por año calendario por los servicios de hospitalización cubiertos.	\$200 de copago por día No pagará más de \$400 por año calendario por los servicios de hospitalización cubiertos.
\$25 de copago por visita	\$15 de copago por visita	

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

Nuestro plan cubre 90 días de hospitalización.

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

Para recibir visitas de terapia individual o grupal ambulatoria debe contar con un referido de su PCP.

\$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$100 de copago por día, del día 21 al 44 \$0 de copago por día, del día 45 al 100	\$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$60 de copago por día, del día 21 al 44 \$0 de copago por día, del día 45 al 100	\$20 de copago por día, del día 1 al 20 \$0 de copago por día del día 21 al 100
--	---	--

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.

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

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

\$225 de copago por día	\$125 de copago por día	\$125 de copago por día	\$90 de copago por día
No están cubiertos.	No están cubiertos.		

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

SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Medicamentos de Medicare Parte B

	Para los medicamentos de la Parte B como medicamentos quimioterapéuticos: 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 quimioterapéuticos: Usted no pagará nada. Otros medicamentos de la Parte B: Usted no pagará nada.
--	---	---

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura inicial

	Después de pagar el deducible anual de \$400, debe pagar lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$3750. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener los medicamentos en farmacias de venta minorista de la red y en farmacias de venta por correo.	Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.	Después de pagar el deducible anual de \$350, debe pagar lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$3750. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener los medicamentos en farmacias de venta minorista de la red y en farmacias de venta 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
Para los medicamentos de la Parte B como medicamentos quimioterapéuticos: Usted no pagará nada. Otros medicamentos de la Parte B: Usted no pagará nada.		Para los medicamentos de la Parte B como medicamentos quimioterapéuticos: Usted no pagará nada. Otros medicamentos de la Parte B: Usted no pagará nada.		
Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.	Después de pagar el deducible anual de \$300, debe pagar lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$3750. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener los medicamentos en farmacias de venta minorista de la red y en farmacias de venta por correo.	Este plan no cubre los medicamentos con receta de la Parte D.	Usted debe pagar lo siguiente hasta que el costo total anual de medicamentos alcance los \$3750. Los costos totales anuales de medicamentos son los costos totales por medicamentos pagados tanto por usted como por nuestro plan de la Parte D. Puede obtener los medicamentos en farmacias de venta minorista de la red y en farmacias de venta por correo.	

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

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Cobertura inicial

Costo compartido estándar de farmacia de venta minorista

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 (medicamento genérico preferido)	\$6 de copago	\$12 de copago	\$18 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
Nivel 2 (medicamento genérico)	\$12 de copago	\$24 de copago	\$36 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago
Nivel 4 (medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidades)	25 % del costo	N/A	N/A	26 % del costo	N/A	N/A

Costo compartido estándar de farmacia de venta 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 (medicamento genérico preferido)	\$6 de copago	\$12 de copago	\$12 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
Nivel 2 (medicamento genérico)	\$12 de copago	\$24 de copago	\$24 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago
Nivel 3 (marca preferida)	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago
Nivel 4 (medicamento no preferido)	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago
Nivel 5 (nivel de especialidades)	25 % del costo	N/A	N/A	26 % del costo	N/A	N/A

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de nuestra red, pero es posible que deba pagar más que en una farmacia de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, y usted paga la parte del costo que le corresponde. Una vez que haya alcanzado su deducible anual de \$400 por el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga la parte que a usted le corresponde.

Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de nuestra red, pero es posible que deba pagar más que en una farmacia de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, y usted paga la parte del costo que le corresponde. Una vez que haya alcanzado su deducible anual de \$350 por el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga la parte que a usted le corresponde.

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 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago	\$2 de copago	\$4 de copago	\$6 de copago
\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$24 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$141 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$90 de copago
\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$80 de copago	\$160 de copago	\$240 de copago
27 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
Suministro 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 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago	\$2 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago
\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago	\$8 de copago	\$16 de copago	\$16 de copago	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago	\$47 de copago	\$94 de copago	\$94 de copago	\$30 de copago	\$60 de copago	\$60 de copago
\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$100 de copago	\$200 de copago	\$300 de copago	\$80 de copago	\$160 de copago	\$240 de copago
27 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de nuestra red, pero es posible que deba pagar más que en una farmacia de la red. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2, y usted paga la parte del costo que le corresponde. Una vez que haya alcanzado su deducible anual de \$300 por el Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga la parte que le corresponde.			Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de nuestra red, pero es posible que deba pagar más que en una farmacia de la red.			Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, pagará lo mismo que en una farmacia de venta minorista. Puede obtener los medicamentos de una farmacia que no forme parte de nuestra red, pero es posible que deba pagar más que en una farmacia de la red.		

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA		
Brecha de cobertura		
	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que existe un cambio temporal en lo que usted deberá pagar por los medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual (que incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) por los medicamentos alcanza los \$3750. Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted debe pagar el 35 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 44 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el monto total alcance los \$5000. Ese valor marca la finalización de la brecha de cobertura. No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que existe un cambio temporal en lo que usted deberá pagar por los medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual (que incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) por los medicamentos alcanza los \$3750. Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted debe pagar el 35 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 44 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el monto total alcance los \$5000. Ese valor marca la finalización de la brecha de cobertura. No todas las personas ingresarán en la brecha de 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 una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que existe un cambio temporal en lo que usted deberá pagar por los medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual (que incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) por los medicamentos alcanza los \$3750. Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted debe pagar el 35 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 44 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el monto total alcance los \$5000. Ese valor marca la finalización de la brecha de cobertura. No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que existe un cambio temporal en lo que usted deberá pagar por los medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual (que incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) por los medicamentos alcanza los \$3750. Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted debe pagar el 35 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 44 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el monto total alcance los \$5000. Ese valor marca la finalización de la brecha de cobertura. No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura.	La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen una brecha de cobertura (también denominada “período sin cobertura”). Esto significa que existe un cambio temporal en lo que usted deberá pagar por los medicamentos. La brecha de cobertura comienza después de que el monto total anual (que incluye lo que nuestro plan y usted han pagado) por los medicamentos alcanza los \$3750. Después de ingresar en la brecha de cobertura, usted debe pagar el 35 % del costo del plan por los medicamentos de marcas cubiertas y el 44 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que el monto total alcance los \$5000. Ese valor marca la finalización de la brecha de cobertura. No todas las personas ingresarán en la brecha de cobertura. Según este plan, es posible que usted pague aún menos por los medicamentos genéricos y de marca que figuran en el formulario. El costo varía según el nivel. Deberá utilizar su formulario para encontrar el nivel del medicamento. Consulte la tabla que aparece a continuación para determinar cuánto le costará.

	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA		
Brecha de cobertura		
Cobertura en situaciones catastróficas		
	Después de que su costo anual por gastos personales (que incluye los medicamentos adquiridos a través de una farmacia de venta minorista y a través de una farmacia de venta por correo) alcance los \$5000, usted pagará el costo mayor de lo siguiente: • 5 % del costo • \$3,35 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8,35 de copago por todos los otros medicamentos.	Después de que su costo anual por gastos personales (que incluye los medicamentos adquiridos a través de una farmacia de venta minorista y a través de una farmacia de venta por correo) alcance los \$5000, usted pagará el costo mayor de lo siguiente: • 5 % del costo • \$3,35 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8,35 de copago por todos los otros medicamentos.

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus			
		Costo compartido estándar de farmacia de venta minorista			
		Medicamento cubierto	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
		Nivel 1 (medicamento genérico preferido)			
		Todos	\$2 de copago	\$4 de copago	\$6 de copago
		Nivel 2 (medicamento genérico)			
		Todos	\$4 de copago	\$8 de copago	\$12 de copago
		Costo compartido estándar de farmacia de venta por correo			
		Medicamento cubierto	Suministro para un mes	Suministro para dos meses	Suministro para tres meses
		Nivel 1 (medicamento genérico preferido)			
		Todos	\$2 de copago	\$4 de copago	\$4 de copago
		Nivel 2 (medicamento genérico)			
		Todos	\$4 de copago	\$8 de copago	\$8 de copago
Después de que su costo anual por gastos personales (que incluye los medicamentos adquiridos a través de una farmacia de venta minorista y a través de una farmacia de venta por correo) alcance los \$5000, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:	Después de que su costo anual por gastos personales (que incluye los medicamentos adquiridos a través de una farmacia de venta minorista y a través de una farmacia de venta por correo) alcance los \$5000, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:	Después de que su costo anual por gastos personales (que incluye los medicamentos adquiridos a través de una farmacia de venta minorista y a través de una farmacia de venta por correo) alcance los \$5000, usted pagará el costo mayor de lo siguiente:			
• 5 % del costo • \$3,35 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8,35 de copago por todos los otros medicamentos.	• 5 % del costo • \$3,35 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8,35 de copago por todos los otros medicamentos.	• 5 % del costo • \$3,35 de copago por medicamento genérico (que incluye los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8,35 de copago por todos los otros 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 por mes para obtener estos beneficios)

Opción Delta Dental		
	Los beneficios incluyen los siguientes: • Atención dental preventiva • Atención dental integral	Los beneficios incluyen los siguientes: • Atención dental preventiva • Atención dental integral
Prima mensual		
	Adicional de \$54,00 por mes.	Adicional de \$54,00 por mes.
<i>Lo que debe saber</i>	Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B y su prima mensual del plan.	
Deducible		
	\$50 por año	\$50 por año

El plan ofrece los siguientes beneficios:			
	• Servicios preventivos cubiertos al 100 %. • Empastes dentales, extracciones, tratamientos de conducto cubiertos al 80 %. Usted debe pagar el 20 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses. • Dentaduras y coronas cubiertas al 50 %. Usted debe pagar el 50 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses.	• Servicios preventivos cubiertos al 100 %. • Empastes dentales, extracciones, tratamientos de conducto cubiertos al 80 %. Usted debe pagar el 20 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses. • Dentaduras y coronas cubiertas al 50 %. Usted debe pagar el 50 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses.	

BENEFICIOS ADICIONALES

Acupuntura	
Servicios de acupuntura siempre que los brinde un acupunturista matriculado	Los servicios de acupuntura son elegibles para reembolso según el beneficio anual de Prestación para el bienestar. Consulte los detalles adicionales que se encuentran en “Programas de bienestar”.

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

--	--

Los beneficios incluyen los siguientes: • Atención dental preventiva • Atención dental integral	Los beneficios incluyen los siguientes: • Atención dental preventiva • Atención dental integral
---	---

--	--

Adicional de \$54,00 por mes.	Adicional de \$54,00 por mes.
-------------------------------	-------------------------------

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

--	--

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

--	--

• Servicios preventivos cubiertos al 100 %. • Empastes dentales, extracciones, tratamientos de conducto cubiertos al 80 %. Usted debe pagar el 20 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses. • Dentaduras y coronas cubiertas al 50 %. Usted debe pagar el 50 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses.	• Servicios preventivos cubiertos al 100 %. • Empastes dentales, extracciones, tratamientos de conducto cubiertos al 80 %. Usted debe pagar el 20 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses. • Dentaduras y coronas cubiertas al 50 %. Usted debe pagar el 50 % después del deducible. Se aplica un período de espera de 6 meses.
--	--

--

Los servicios de acupuntura son elegibles para reembolso según el beneficio anual de Prestación para el bienestar. Consulte los detalles adicionales que se encuentran en “Programas de bienestar”.

	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 vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna se salen de su posición).	\$15 de copago por visita	\$15 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	La evaluación inicial se encuentra cubierta una vez por año con un copago de \$15. Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Cuidado de los pies (servicios de podología)

Exámenes y tratamientos de los pies si usted tiene daño en el nervio relacionado con la diabetes o si cumple con determinadas condiciones	\$45 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Servicios de atención médica a domicilio

Agencia de atención médica domiciliaria	Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.
Servicios de terapia física a domicilio	Usted no pagará nada.	\$30 de copago por visita

Hospicio

	Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.
<i>Lo que debe saber</i>	Es posible que deba pagar una parte de los costos por los medicamentos y la atención de relevo. El hospicio está cubierto 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 visita		\$15 de copago por visita		
---------------------------	--	---------------------------	--	--

La evaluación inicial se encuentra cubierta una vez por año con un copago de \$15. Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.

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

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

Usted no pagará nada.		Usted no pagará nada.		
\$20 de copago por visita		\$15 de copago por visita	Usted no pagará nada.	

Usted no pagará nada.		Usted no pagará nada.		
-----------------------	--	-----------------------	--	--

Es posible que deba pagar una parte de los costos por los medicamentos y la atención de relevo. El hospicio está cubierto 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
--	---------------------------------------	--	---------------------------------------

SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Suministros y equipos médicos

Equipo médico duradero (<i>por ej.: sillas de ruedas, oxígeno</i>)	20 % del costo	20 % del costo
Dispositivos prostéticos (<i>aparatos, prótesis, etc.</i>)	20 % del costo	20 % del costo
Servicios y suministros para diabetes	Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.
<i>Lo que debe saber</i>	Los artículos cubiertos por el plan son los siguientes: equipos de seguridad para el baño para los miembros que sufran algún deterioro funcional y cuya seguridad se vea beneficiada por el artículo. • Asiento de inodoro elevado estándar: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo para baño estándares: 2 por miembro cada cinco años • Silla con respaldo curvo estándar: 1 por miembro cada cinco años El plan cubre los siguientes artículos adicionales: • Medias de compresión de gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas de mastectomía para miembros con linfedema de miembro superior: hasta 2 pares cada 6 meses • Pelucas para miembros que sufren pérdida del cabello debido al tratamiento contra el cáncer: hasta \$500 por año calendario Incluye suministros para el monitoreo de la diabetes, capacitación para el automanejo de la diabetes y zapatos o injertos terapéuticos. El copago se puede aplicar si recibe otros servicios médicos durante la misma visita al consultorio. Debe contar con un referido para recibir la capacitación sobre el automanejo de la diabetes. La cobertura para los controles de glucosa en sangre, exámenes de glucosa en sangre y soluciones de control de glucosa se encuentra limitada a productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Tenga en cuenta que no existe una marca preferida para las lancetas. Se puede solicitar una autorización previa.	

Servicio por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios

Visita de terapia grupal o individual	\$40 de copago por visita	\$40 de copago por visita
<i>Lo que debe saber</i>	Para recibir los servicios de un especialista, usted debe contar con un referido de su PCP.	

Diálisis renal

	Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.
--	-----------------------	-----------------------

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

10% del costo	10% del costo
10% del costo	10% del costo
Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.

Los artículos cubiertos por el plan son los siguientes: equipos de seguridad para el baño para los miembros que sufran algún deterioro funcional y cuya seguridad se vea beneficiada por el artículo.

- Asiento de inodoro elevado estándar: 1 por miembro cada cinco años
- Barras de apoyo para baño estándares: 2 por miembro cada cinco años
- Silla con respaldo curvo estándar: 1 por miembro cada cinco años

El plan cubre los siguientes artículos adicionales:

- Medias de compresión de gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses
- Mangas de mastectomía para miembros con linfedema de miembro superior: hasta 2 pares cada 6 meses
- Pelucas para miembros que sufren pérdida del cabello debido al tratamiento contra el cáncer: hasta \$500 por año calendario

Incluye suministros para el monitoreo de la diabetes, capacitación para el automanejo de la diabetes y zapatos o injertos terapéuticos. El copago se puede aplicar si recibe otros servicios médicos durante la misma visita al consultorio. Debe contar con un referido para recibir la capacitación sobre el automanejo de la diabetes.

La cobertura para los controles de glucosa en sangre, exámenes de glucosa en sangre y soluciones de control de glucosa se encuentra limitada a productos One Touch fabricados por Lifescan, Inc. Tenga en cuenta que no existe una marca preferida para las lancetas.

Se puede solicitar una autorización previa.

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

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

Usted no pagará nada.	Usted no pagará nada.
-----------------------	-----------------------

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

SERVICIOS Y ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

Programas de bienestar

Programa de control de peso	El plan ofrece una prestación anual de \$150 para el programa de control de peso para pagar programas para bajar de peso como WeightWatchers, Jenny Craig, iDiet o un programa hospitalario para bajar de peso.	
Prestación para el bienestar	El plan ofrece una prestación anual de bienestar de \$250 para membresías en un club de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de entrenamiento, como pilates, tai chi o aeróbica, y programas de bienestar, que incluyen actividades de entrenamiento para la memoria.	El plan ofrece una prestación anual de bienestar de \$150 para membresías en un club de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de entrenamiento, como pilates, tai chi o aeróbica, y programas de bienestar, que incluyen actividades de entrenamiento para la memoria.
Healthways SilverSneakers®	Aplicable para los residentes del condado de Worcester únicamente. No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.	
	SilverSneakers favorece la actividad física ofreciendo clases, equipos de entrenamiento y otros servicios. Los miembros reciben una membresía para entrenamiento básico y acceso a más de 11 000 ubicaciones participantes. SilverSneakers ofrece diferentes maneras de realizar la actividad que necesita para mantenerse saludable.	

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

El plan ofrece una prestación anual de \$150 para el programa de control de peso para pagar programas para bajar de peso como WeightWatchers, Jenny Craig, iDiet o un programa hospitalario para bajar de peso.

El plan ofrece una prestación anual de bienestar de \$150 para membresías en un club de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de entrenamiento, como pilates, tai chi o aeróbica, y programas de bienestar, que incluyen actividades de entrenamiento para la memoria.

**Aplicable para los residentes del condado de Worcester únicamente.
No se aplica a Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx.**

SilverSneakers favorece la actividad física ofreciendo clases, equipos de entrenamiento y otros servicios. Los miembros reciben una membresía para entrenamiento básico y acceso a más de 11 000 ubicaciones participantes. SilverSneakers ofrece diferentes maneras de realizar la actividad que necesita para mantenerse saludable.

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

Tufts Health Plan:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a las personas con problemas para comunicarse eficazmente con nosotros, como:
 - información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Brinda servicios de comunicación gratuitos para las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
 - 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 cumplió con alguno de los servicios o lo discriminó de algún modo por cuestiones de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Tufts Health Plan, dirigida a:

Civil Rights Coordinator Legal Dept.

705 Mount Auburn St. Watertown, MA 02472

Teléfono: 1-888-880-8699 int. 48000, (número de TTY: 711 o 1-800-439-2370. Español: 866-930-9252)

Fax: 617-972-9048

Correo electrónico: OCRCoordinator@tufts-health.com.

Puede presentar una queja personalmente o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar la queja, el coordinador de derechos civiles del plan Tufts Health Plan está disponible para ayudarlo.

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

thpmp.org | 1-800-701-9000

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) با تماس بگیرید.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-701-9000 (ATS : 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 નિઃશુલ્ક 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។ ថ្ងៃ ទី១៧ 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 1800-701-9000 (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 (телетайп: 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 ALGUNA PREGUNTA?

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

Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (del 1 de octubre al 14 de febrero, los representantes están disponibles los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.). Fuera del horario de atención y los días feriados, deje un mensaje y un representante le devolverá la llamada el siguiente día hábil.

VISÍTENOS EN: www.thpmp.org

Tufts Health Plan es un plan de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) que tiene contrato con Medicare. La inscripción al Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.



705 Mount Auburn Street,
Watertown, MA 02472