



a Point32Health company

Resumen de beneficios 2024

Planes de Tufts 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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx (HMO)
Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus (HMO)

La información provista sobre beneficios es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No indica todos los servicios que cubrimos ni tampoco todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite **www.thmp.org** o consulte la *Evidencia de Cobertura*. También puede solicitar una copia impresa llamando a Servicios para Miembros al 1-800-701-9000 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

En vigor del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

H2256_2024_5_M_SPA

Resumen de beneficios del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Tiene opciones para recibir sus beneficios de Medicare

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

Consejos para comparar sus opciones de Medicare

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

- Si desea comparar nuestros planes con otros planes de salud de Medicare, pida a los demás planes los correspondientes folletos de Resumen de beneficios. O bien use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare y usted*. Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Lo que debe saber de Tufts Medicare Preferred HMO

¿Quién puede afiliarse?

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tufts Medicare Preferred HMO tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usa proveedores que no están en nuestra red, los planes podrían 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 Proveedores* y el *Directorio de Farmacias* de nuestros planes en nuestro sitio web (www.thpmp.org).

Círculos de referidos

Su proveedor primario de cuidados médicos (PCP por sus siglas en inglés) trabaja con determinados especialistas del plan, lo que se denomina "círculo de referidos", para proveerle 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 proveedor del cuidado de la salud. Esto significa que usted no tendrá acceso a toda la red de Tufts Medicare Preferred HMO, excepto 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 nuestros planes reciben todos los beneficios cubiertos por Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, es posible que usted pague menos en nuestros planes de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, es posible que pague más.
- Los miembros de nuestros planes también reciben algo más de lo que cubre Original Medicare. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto.

Los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, 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 Part D, así como la cobertura mejorada de ciertos medicamentos, como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED por sus siglas en inglés), vitaminas y minerales, y productos para la tos/resfriado. Asimismo, todos los planes cubren los medicamentos de Part B, como quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor.

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

¿Cómo determinaré los costos de mis medicamentos para los planes Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx, 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?

Nuestros planes agrupan cada medicamento en uno de seis "niveles". Tendrá que usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que pague depende del nivel del medicamento y de qué período del beneficio ha alcanzado usted. Más adelante en este documento, analizaremos los períodos de los beneficios que se presentan después de que alcance su deducible: Cobertura inicial, Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

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

	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Prima mensual del plan				
Middlesex, Norfolk, Plymouth, Barnstable, Bristol	\$0 por mes	\$0 por mes	No se ofrece	\$51 por mes
Essex, Suffolk	\$0 por mes	\$0 por mes	\$28 por mes	\$61 por mes
Hampden, Hampshire	\$0 por mes	\$0 por mes	No se ofrece	\$40 por mes
Worcester	\$0 por mes	\$0 por mes	\$20 por mes	\$43 por mes
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.			
Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Este plan no tiene deducible.	\$250 por 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 desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	\$5,900	\$7,550	\$3,650	\$3,650
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestros planes lo protegen con límites anuales en sus desembolsos para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de desembolsos, nosotros pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos recetados de Part D, si corresponde).			

	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos				
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados				
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$380 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	\$350 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	\$275 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	\$275 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa.			
Atención hospitalaria para pacientes externos				
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$370 de copago por día	\$370 de copago por día	\$270 de copago por día	\$270 de copago por día
Cirugía externa (servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$370 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$270 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$170 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$170 de copago por día
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP. Es posible que se requiera 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
Prima mensual del plan					
	\$103 por mes	\$159 por mes	\$133 por mes	\$186 por mes	\$220 por mes
	\$123 por mes	\$181 por mes	\$156 por mes	\$216 por mes	\$248 por mes
	No se ofrece	\$89 por mes	No se ofrece	\$109 por mes	\$129 por mes
	\$112 por mes	\$166 por mes	\$152 por mes	\$196 por mes	No se ofrece
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.				
Deducible (para los medicamentos recetados)	Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no cubre medicamentos recetados.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.

	\$3,650	\$3,650	\$3,650	\$3,650	\$3,650
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestros planes lo protegen con límites anuales en sus desembolsos para atención médica y hospitalaria. Si alcanza el límite de desembolsos, nosotros pagaremos el costo total de sus servicios médicos y hospitalarios cubiertos por el resto del año. Tenga en cuenta que tendrá que seguir pagando sus primas mensuales (y costos compartidos de sus medicamentos recetados de Part D, si corresponde).				

	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
Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos					
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados					
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$200 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	\$200 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.	\$200 de copago por estadía. No pagará más de \$400 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa.				
Atención hospitalaria para pacientes externos					
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$150 de copago por día	\$150 de copago por día	\$100 de copago por día	\$100 de copago por día	\$75 de copago por día
Cirugía externa (servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$75 de copago por día
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$150 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$100 de copago por día	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$75 de copago por día
Lo que debería saber	Antes de que reciba servicios, debe obtener un referido de su PCP. Es posible que se requiera autorización previa.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Consultas médicas				
Médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Especialista	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago por un examen médico anual con su médico de atención primaria. El copago por visita al consultorio se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.			
Atención preventiva	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.			
Atención de emergencia	\$90 de copago por consulta	\$90 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta
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	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta	\$50 de copago por consulta
Lo que debería saber	Proveedores dentro de la red o fuera de la red pueden proporcionar atención de urgencia si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo 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 resonancias magnéticas y tomografías computarizadas)	\$100 de copago por día para ecografía; \$350 de copago por día para todos los demás servicios	\$100 de copago por día para ecografía; \$325 de copago por día para todos los demás servicios	\$100 de copago por día para ecografía; \$250 de copago por día para todos los demás servicios	\$100 de copago por día para ecografía; \$250 de copago por día para todos los demás servicios
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$20 de copago por día	\$20 de copago por día	\$20 de copago por día	\$20 de copago por día
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías para pacientes externos	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día	\$20 por día
Lo que debería saber	Las pruebas y procedimientos de diagnóstico, los servicios de laboratorio y las radiografías para pacientes externos que se realicen y facturen como parte de una visita al consultorio o de una consulta de atención de urgencia no exigirán un copago aparte, además del copago aplicable por visita al consultorio o consulta de atención de urgencia. Es posible que se requiera autorización previa.			
Servicios para la audición				
Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Prótesis auditivas	Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas; nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditivas; nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditivas; nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditivas; nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas.			
Lo que debería saber	Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.			

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
Consultas médicas				
\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
No hay copago por un examen médico anual con su médico de atención primaria. El copago por visita al consultorio se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.				
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Tendrá cobertura cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato.				
\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta	\$110 de copago por consulta
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.				
\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Proveedores dentro de la red o fuera de la red pueden proporcionar atención de urgencia si los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. No se exonera el copago si ingresa como paciente hospitalizado en un plazo de 24 horas. Su plan incluye cobertura mundial para atención de urgencia.				
Servicios de diagnóstico, exámenes de laboratorio, imágenes				
\$100 de copago por día	\$100 de copago por día	20 % del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.	20 % del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.	20 % del costo. No pagará más de \$75 por día para servicios de radiología de diagnóstico.
\$10 de copago por día	\$10 de copago por día	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$10 por día	\$10 por día	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Las pruebas y procedimientos de diagnóstico, los servicios de laboratorio y las radiografías para pacientes externos que se realicen y facturen como parte de una visita al consultorio o de una consulta de atención de urgencia no exigirán un copago aparte, además del copago aplicable por visita al consultorio o consulta de atención de urgencia. Es posible que se requiera autorización previa.				
Servicios para la audición				
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel estándar: \$250 de copago por prótesis auditivas; nivel Superior: \$475 de copago por prótesis auditivas; nivel Advanced: \$650 de copago por prótesis auditivas; nivel Advanced Plus: \$850 de copago por prótesis auditivas; nivel Premier: \$1,150 de copago por prótesis auditivas.				
Debe comprar prótesis auditivas mediante Hearing Care Solutions para recibir el beneficio de prótesis auditivas. Hasta 2 prótesis auditivas por año, 1 prótesis por oído. Hearing Care Solutions proporciona la prueba de prótesis auditiva de forma gratuita.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios dentales				
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes de rutina o radiografías dentales.			
Beneficio incorporado de servicios dentales	<ul style="list-style-type: none"> \$2,500 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas rutinarias, exámenes bucales y radiografías de mordida; 20 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y radiografías que no sean de mordida; y 50 % de coaseguro por servicios mayores, como extracciones, dentaduras postizas, puentes y coronas. \$0 de deducible Sin período de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin período de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin período de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin período de espera.
Lo que debería saber	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Se aplican otros límites de los beneficios.			
Tufts Medicare Preferred Dental Option	N/A	Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.		
Servicios de la vista				
Examen oftalmológico de rutina (hasta 1 por año)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario
Lo que debería saber	Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes oftalmológicos de rutina cubierto. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año. Requiere un referido de su PCP para un examen oftalmológico de diagnóstico.			

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
Servicios dentales				
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Los servicios dentales limitados cubiertos por Medicare no incluyen servicios dentales preventivos, como limpieza, exámenes de rutina o radiografías dentales.				
<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin período de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> \$1,000 máximo por año calendario. \$0 de copago por servicios preventivos, como limpiezas y exámenes bucales, y 50 % de coaseguro por servicios básicos, como empastes y extracciones simples. Sin deducible. Sin período de espera. 	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. Se aplican otros límites de los beneficios.	N/A	N/A	N/A	N/A
Cubierto con una prima adicional. Consulte la sección Beneficios opcionales para obtener más información.				
Servicios de la vista				
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	Hasta \$150 de subsidio por año calendario
Debe acudir a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el beneficio de exámenes oftalmológicos de rutina cubierto. Debe comprar sus anteojos, marcos, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista (EyeMed Vision Care) para recibir el subsidio de \$150. De lo contrario, el beneficio se limitará a \$90 por año. Requiere un referido de su PCP para un examen oftalmológico de diagnóstico.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Servicios de salud mental				
Consulta de paciente hospitalizado	\$370 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$350 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$275 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$275 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren hasta 190 días de por vida 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. Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido de su PCP. No se requiere un referido para todos los demás servicios de atención de salud mental para pacientes externos.			
Centro de enfermería especializada (SNF)				
Centro de enfermería especializada (SNF por sus siglas en inglés)	\$0 de copago por día para los días 1 al 20; \$180 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$0 de copago por día para los días 1 al 20; \$180 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$160 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$160 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100
Lo que debería saber	Nuestros planes cubren hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa.			
Fisioterapia				
Terapia ocupacional	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Fisioterapia y terapia del habla y lenguaje	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta	\$30 de copago por consulta
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y lenguaje, debe obtener un referido de su PCP.			
Ambulancia				
Ambulancia	\$350 de copago por viaje de ida	\$350 de copago por viaje de ida	\$325 de copago por viaje de ida	\$325 de copago por viaje de ida
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de transporte que no son para casos de emergencia.			
Transporte				
Transporte	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje
Lo que debería saber	Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, vehículo de butacas/van o sedán para personas en silla de ruedas) proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.			
Medicamentos de Medicare Part B				
Medicamentos de Medicare Part B	Medicamentos para quimioterapia de Part B: Usted paga hasta el 20 % del costo; insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: Usted paga hasta el 20 % del costo.			

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
Servicios de salud mental				
\$200 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$200 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6.	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.	\$300 de copago por estadía. No pagará más de \$900 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.	\$200 de copago por estadía. No pagará más de \$400 por servicios cubiertos hospitalarios para pacientes hospitalizados en un año calendario.
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Nuestros planes cubren hasta 190 días de por vida 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. Antes de recibir servicios de un psiquiatra, debe obtener un referido de su PCP. No se requiere un referido para todos los demás servicios de atención de salud mental para pacientes externos.				
Centro de enfermería especializada (SNF)				
\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$120 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$120 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$80 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$80 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	\$20 de copago por día para los días 1 al 20; \$0 de copago por día para los días 21 al 100
Nuestros planes cubren hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa.				
Fisioterapia				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Antes de recibir servicios de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y lenguaje, debe obtener un referido de su PCP.				
Ambulancia				
\$225 de copago por viaje de ida	\$225 de copago por viaje de ida	\$125 de copago por viaje de ida	\$125 de copago por viaje de ida	\$90 de copago por viaje de ida
Es posible que se requiera 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	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje	\$40 de copago por viaje
Transporte que no es de ambulancia (por ejemplo, vehículo de butacas/van o sedán para personas en silla de ruedas) proporcionado por el proveedor aprobado por el plan desde un hospital a un centro de enfermería especializada cuando así lo indica el hospital que da el alta.				
Medicamentos de Medicare Part B				
Medicamentos para quimioterapia de Part B: \$0 de copago; insulina: \$0 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: \$0 de copago.				

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	Su tasa real de coaseguro para medicamentos de Medicare Part B que no sean insulina cada trimestre variará según el ajuste de los reembolsos aplicables proporcionados por Medicare. Su coaseguro no superará el 20 % para todos los medicamentos recetados de Medicare Part B que no sean insulina. Es posible que se requiera autorización previa. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.			

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
Es posible que se requiera autorización previa. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada.				

Beneficios de medicamentos recetados: Deducible (para los medicamentos recetados de Part D)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Deducible	Este plan no tiene deducible.	\$250 por 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

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Este plan no tiene deducible	

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Nota: Los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 incluyen una cobertura mejorada de determinados medicamentos, tales como medicamentos seleccionados para la disfunción eréctil (ED), y vitaminas.	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Después de pagar su deducible anual de \$250 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Después de pagar su deducible anual de \$225 para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	Este plan no cubre medicamentos recetados de Part D	Usted paga lo siguiente hasta que los costos totales anuales de los medicamentos alcancen los \$5,030. Los costos totales anuales de los medicamentos corresponden a los costos totales de los medicamentos pagados por usted y nuestro plan de Part D. Puede obtener sus medicamentos en las farmacias minoristas de la red y farmacias de pedido por correo.	

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$6	\$4	\$8	\$12	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42	\$14	\$28	\$42
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57	\$19	\$38	\$57
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo									
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$2	\$4	\$4	\$4	\$8	\$8	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida								
\$0	\$0	\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$4	\$8	\$12	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
33 % del costo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida								
\$14	\$28	\$42	\$4	\$8	\$12	\$2	\$4	\$6
\$19	\$38	\$57	\$8	\$16	\$24	\$4	\$8	\$12
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)	\$45 (insulina: \$35)	\$90 (insulina: \$70)	\$135 (insulina: \$105)	\$30	\$60	\$90
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$80 (insulina: \$35)	\$160 (insulina: \$70)	\$240 (insulina: \$105)
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo								
\$0	\$0	\$0	\$4	\$8	\$8	\$2	\$4	\$4
\$4	\$8	\$8	\$8	\$16	\$16	\$4	\$8	\$8
\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)	\$45 (insulina: \$35)	\$90 (insulina: \$70)	\$90 (insulina: \$70)	\$30	\$60	\$60
\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)	\$80 (insulina: \$35)	\$160 (insulina: \$70)	\$240 (insulina: \$105)

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx		
	Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A	N/A	29 % del costo	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 1, Nivel 2, Nivel 6 y de insulina y usted paga su parte del costo. Después de que alcance el deducible anual de \$250 del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 y usted paga su parte.					

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx			Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus		
33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A	33 % del costo	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.			Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista. Puede obtener medicamentos en una farmacia fuera de la red, pero es posible que pague más de lo que paga en una farmacia dentro de la red. Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts 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 nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.		

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina "brecha de cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted paga \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta y no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, paga el 25 % del costo del plan por los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan por los medicamentos genéricos cubiertos hasta que sus costos alcancen un total de \$8,000, 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 nuestro plan y lo que ha pagado usted) alcanza los \$5,030. Después de que haya ingresado al período sin cobertura, usted no paga nada por los medicamentos de vacunas cubiertos de Nivel 6 obtenidos en una farmacia minorista, y sus costos compartidos para los medicamentos de Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 serán el 25 % del costo del plan para los medicamentos de marca cubiertos y el 25 % del costo del plan para los medicamentos genéricos cubiertos (tenga en cuenta lo siguiente: Pagará \$35 por un suministro para 30 días de insulina cubierta de Nivel 3 y Nivel 4). La tabla a continuación muestra sus costos compartidos para los medicamentos de Nivel 1 y Nivel 2 durante este período. Usted permanece en este período hasta que sus costos totalicen \$8,000, que es el fin del período sin cobertura. No todos ingresarán al período sin cobertura.		

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
---	---	---------------------------------------	---------------------------------------

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

Costos compartidos en farmacia minorista			
Medicamento cubierto	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
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 Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
	Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.		

Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Después de que sus desembolsos anuales para medicamentos (entre los que se incluyen los medicamentos adquiridos en su farmacia minorista y a través de pedido por correo) alcancen los \$8,000, usted no paga nada por medicamentos cubiertos de Part D ni medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado. Durante este período de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de Part D y de los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.		

BENEFICIOS OPCIONALES (debe pagar una prima adicional cada mes por estos beneficios)	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Tufts Medicare Preferred Dental Option				
Los beneficios son, entre otros, los siguientes:	N/A	• Servicios preventivos • Servicios básicos y mayores	• Servicios preventivos • Servicios básicos y mayores	• Servicios preventivos • Servicios básicos y mayores
Prima mensual	N/A	\$21.50 adicionales por mes.	\$21.50 adicionales por mes.	\$21.50 adicionales por mes.
Lo que debería saber	N/A	Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.		
Deducible	N/A	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.
Tufts Medicare Preferred Dental Option ofrece los siguientes beneficios:	N/A	<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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga el 20 % del costo. Los servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga el 50 % del costo. 		
Lo que debería saber	N/A	La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 máximo por año calendario. Sin período de espera. Se aplican otros límites de los beneficios.		

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
Tufts Medicare Preferred Dental Option				
• Servicios preventivos y mayores	• Servicios preventivos y mayores	• Servicios preventivos y mayores	• Servicios preventivos y mayores	• Servicios preventivos y mayores
\$21.50 adicionales por mes.	\$21.50 adicionales por mes.	\$31 adicionales por mes.	\$31 adicionales por mes.	\$31 adicionales por mes.
Debe seguir pagando la prima de Medicare Part B y la prima mensual de su plan.				
Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	Este plan no tiene deducible.	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 básicos, como empastes y extracciones simples, cubiertos en un 80 %. Usted paga el 20 % del costo. Los servicios mayores, como dentaduras postizas, puentes y coronas, cubiertos en un 50 %. Usted paga el 50 % del costo. 				
La cobertura se limita a los proveedores dentro de la red de Dominion PPO. \$1,000 máximo por año calendario. Sin período de espera. Se aplican otros límites de los beneficios.				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Acupuntura				
Servicios de acupuntura	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta
Lo que debería saber	Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para miembros con dolor lumbar crónico. 8 consultas adicionales cubiertas para aquellas personas que demuestren una mejora. No se administran más de 20 consultas al año. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP. Los planes reembolsarán los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado si cuenta con un referido de su PCP. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio de bienestar. Consulte "Programas de bienestar" para obtener información adicional.			
Atención quiropráctica				
Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación (cuando 1 o más huesos de la columna se desplazan de su lugar)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.			
Cuidado de los pies (servicios de podología)				
Exámenes y tratamiento de los pies si usted tiene daño en los nervios relacionado con la diabetes o si reúne ciertas condiciones	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta	\$40 de copago por consulta
Lo que debería saber	Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.			
Servicios de salud a domicilio				
Atención de una agencia de salud a domicilio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Terapia de infusión a domicilio	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para la terapia de infusión a domicilio.			
Hospicio				
	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare
Lo que debería saber	Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestros planes. 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	20 % del costo	20 % del costo
Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
Acupuntura				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta
Medicare cubre hasta 12 consultas en 90 días para miembros con dolor lumbar crónico. 8 consultas adicionales cubiertas para aquellas personas que demuestren una mejora. No se administran más de 20 consultas al año. Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP. Los planes reembolsarán los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado si cuenta con un referido de su PCP. Los servicios adicionales de acupuntura son elegibles para optar al reembolso según el beneficio anual de subsidio de bienestar. Consulte "Programas de bienestar" para obtener información adicional.				
Atención quiropráctica				
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.				
Cuidado de los pies (servicios de podología)				
\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta	\$15 de copago por consulta
Antes de recibir servicios de un especialista, debe obtener un referido de su PCP.				
Servicios de salud a domicilio				
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Es posible que se requiera autorización previa para la terapia de infusión a domicilio.				
Hospicio				
Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare	Beneficio proporcionado por Medicare
Es posible que tenga que pagar parte de los costos de los medicamentos y cuidados de relevo. El hospicio está cubierto fuera de nuestros planes. Comuníquese con nosotros para obtener más información.				
Equipos o suministros médicos				
10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo
10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo	10 % del costo

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Lo que debería saber	<p>Los planes cubren los siguientes artículos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo mejorará su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada cinco años <p>Los planes cubren los siguientes artículos adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para miembros con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>			
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento de cáncer)	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
Servicios y suministros para la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Lo que debería saber	<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo 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 requiere un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de controles de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME por sus siglas en inglés). Los CGM requieren autorización previa.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes.</p>			
Terapia externa para el consumo de sustancias				
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta	\$25 de copago por consulta
Díálisis renal				
	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo
Servicios de telehealth/telemedicina				
	<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios adicionales de telehealth, como servicios de médico de atención primaria, servicios de especialistas y más.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas electrónicas, los controles virtuales y el seguimiento a distancia del paciente con un médico de atención primaria o especialista. Para todas las demás consultas de telehealth, el copago es el mismo que corresponde a la consulta en persona. Las mismas reglas de referido que corresponden a las consultas en persona se aplican a los servicios adicionales de telehealth.</p>			
Programas de bienestar				
Artículos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) de Medicare	\$75 por trimestre calendario	\$110 por trimestre calendario	N/A	N/A
Lo que debería saber	No hay traspaso del saldo no utilizado de un trimestre calendario. Artículos disponibles en minoristas participantes y tiendas en línea aprobadas por el plan.		N/A	
Programa de control de peso	Los planes brindan un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers® o un programa de pérdida de peso en un hospital.			

Tufts Medicare Preferred HMO Value No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Value Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Prime Rx Plus
<p>Los planes cubren los siguientes artículos adicionales: equipo de seguridad de baño para miembros con discapacidades funcionales si este artículo mejorará su seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiento elevado para el inodoro: 1 por miembro cada cinco años • Barras de apoyo para el baño: 2 por miembro cada cinco años • Asiento para la bañera: 1 por miembro cada cinco años <p>Los planes cubren los siguientes artículos adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medias de compresión gradiente o medias quirúrgicas: hasta 2 pares cada 6 meses • Mangas posmastectomía para miembros con linfedema en las extremidades superiores: hasta 2 pares cada 6 meses <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>				
\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año	\$500 por año
\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo 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 requiere un referido solamente para capacitación en automanejo de la diabetes.</p> <p>La cobertura de controles de glucosa en sangre y tiras reactivas de glucosa en sangre se limita a los productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc. Tenga en cuenta que no hay una marca preferida para las lancetas.</p> <p>Los monitores continuos de glucosa (CGM) terapéuticos cubiertos incluyen los productos Dexcom y FreeStyle Libre que Medicare considera equipos médicos duraderos (DME). Los CGM requieren autorización previa.</p> <p>Los suministros para pruebas de diabetes, como tiras reactivas, lancetas, medidores de glucosa y CGM, también tienen cobertura en farmacias minoristas o de pedido por correo participantes.</p>				
Terapia externa para el consumo de sustancias				
\$20 de copago por consulta	\$20 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta	\$10 de copago por consulta
Díálisis renal				
20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo	20 % del costo
Servicios de telehealth (telesalud)				
<p>Servicios cubiertos por Medicare más servicios adicionales de telehealth, como servicios de médico de atención primaria, servicios de especialistas y más.</p> <p>Usted paga \$0 por las consultas electrónicas, los controles virtuales y el seguimiento a distancia del paciente con un médico de atención primaria o especialista. Para todas las demás consultas de telehealth, el copago es el mismo que corresponde a la consulta en persona. Las mismas reglas de referido que corresponden a las consultas en persona se aplican a los servicios adicionales de telehealth.</p>				
Programas de bienestar				
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A				
Los planes brindan un subsidio anual de \$150 para control de peso para pagar programas de pérdida de peso como WeightWatchers® o un programa de pérdida de peso en un hospital.				

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred HMO Smart Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Saver Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic No Rx	Tufts Medicare Preferred HMO Basic Rx
Subsidio de bienestar	Los planes brindan un subsidio de bienestar anual de \$350 que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.		Los planes brindan un subsidio de bienestar anual de \$150 que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.	
SilverSneakers®	N/A		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 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 planes brindan un subsidio de bienestar anual de \$150 que se utilizará en membresías en clubes de salud, asesoramiento nutricional, acupuntura o clases de acondicionamiento físico, como pilates, taichí o ejercicios aeróbicos, y programas de bienestar, como actividades para ejercitar la memoria.				
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.				N/A

Artículos y servicios de valor añadido	
Como miembro de un plan Tufts Medicare Preferred HMO, usted obtiene descuentos exclusivos además de los beneficios de su plan para ayudarle a llevar un estilo de vida saludable. Ahorre en todo, desde productos para la salud hasta de control de peso, y una variedad de programas de bienestar. Esta lista de descuentos para miembros entra en vigor el 1 de enero de 2024 y puede cambiar a lo largo del año. Para obtener más información, consulte nuestro sitio web en www.thmp.org/extras .	
Acondicionamiento físico, nutrición y control de peso	<p>Programa de entrega de comidas balanceadas Obtenga un 15 % de descuento en comidas con entrega a domicilio a través de Independent Living Systems. Las comidas con entrega a domicilio ofrecen una manera conveniente y asequible para recuperarse de una enfermedad, un procedimiento quirúrgico o el manejo de una condición crónica.</p> <p>Asesoramiento nutricional Obtenga un 25 % de descuento en consultas con dietistas registrados y nutricionistas autorizados.</p> <p>The Dinner Daily The Dinner Daily hace que las cenas saludables y deliciosas sean fáciles y asequibles al proporcionarle planes de cenas semanales personalizados según sus preferencias alimentarias, necesidades dietéticas y las ofertas especiales de su supermercado local. Cene mejor, ahorre dinero y haga que las cenas sean fáciles. Los miembros reciben un 25 % de descuento en cualquier suscripción de Dinner Daily. Además, las primeras dos semanas son gratis para que lo pruebe con mayor facilidad.</p> <p>Daily Burn Obtenga una prueba gratis de 30 días seguida de un 25 % de descuento en su membresía mensual. Daily Burn ofrece más de 2,500 videos seleccionados y clases en audio con una programación variada que incluye ejercicios para todo el cuerpo, entrenamiento de barre, kickboxing, prenatal, meditación, fuerza y pilates.</p>

Artículos y servicios de valor añadido	
Vida independiente	<p>Be Safer at Home Obtenga un descuento en la instalación y cuotas mensuales de un sistema personal de respuesta a emergencias (PERS por sus siglas en inglés). Una unidad PERS le permite vivir el estilo de vida independiente que desea al proveer un recurso que siempre está allí para responder a las llamadas de emergencia.</p> <p>LifeCycle Transitions Ahorre un 20 % en una variedad de servicios que ayudan a los miembros con problemas de salud crónicos a estar bien en casa o en la transición a una nueva ubicación.</p> <p>Home Instead Senior Care Home Instead brinda atención domiciliar de alta calidad y fiable para ayudar a las personas mayores a permanecer en sus hogares. Reciba \$100.00 de crédito por única vez en las tarifas por servicios en consultorios participantes. Los miembros de Tufts Health Plan también podrán obtener una inspección de seguridad del hogar gratis una vez que contraten los servicios de Home Instead Senior Care.</p>
Crecimiento y desarrollo personal	<p>Center for Mindfulness and Compassion de Cambridge Health Alliance Ahorre un 15 % en los cursos de ocho semanas de reducción del estrés basada en la atención plena y autocompasión consciente del Center for Mindfulness and Compassion de Cambridge Health Alliance . Experimente el entrenamiento de atención plena y compasión para reducir el estrés y mejorar su bienestar general.</p> <p>Ompractice Con Ompractice, puede acceder a clases de yoga y meditación en línea y en vivo dirigidas por un instructor para practicar yoga desde la comodidad y la privacidad de su casa. Ompractice utiliza videos bidireccionales para que pueda participar en clases grupales y recibir comentarios y apoyo de su maestro. Suscríbase a Ompractice por \$14.99 al mes o por \$129.00 para una suscripción anual (un 40 % de descuento sobre el plan mensual). Además, los miembros que tienen un beneficio de bienestar anual pueden utilizar su subsidio de bienestar anual para cubrir el costo de la membresía.</p>
Descuentos de salud y bienestar	<p>Terapia de masaje Obtenga un 25 % de descuento sobre la tarifa habitual y acostumbrada o pague \$15 por 15 minutos de terapia de masaje, lo que sea menor.</p> <p>Acupuntura Reciba un 25 % de descuento en la tarifa habitual y acostumbrada.</p> <p>Corrección de la vista por láser Obtenga un 15 % de descuento sobre el precio minorista o un 5 % de descuento sobre el precio promocional en la corrección de la vista por láser de LASIK y PRK.</p>

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 (PPO)にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Y0065_2023_138_C



¿Tiene preguntas?

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-701-9000 (TTY: 711) para obtener más información. El plan Supplement Dental es administrado por Dominion Dental Services, Inc., que opera bajo el nombre comercial Dominion National. Se aplican límites de los beneficios. Los costos compartidos se aplican a los servicios no preventivos. Los servicios deben ser prestados por proveedores de la red Dominion PPO. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2020 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados. Tufts Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico, edad, discapacidad o sexo (incluso embarazo, orientación sexual e identidad de género). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-670-5934 (TTY: 711).