



a Point32Health company

Resumen de beneficios 2024

Tufts Medicare Preferred Access (PPO)

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

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 1-866-623-0172 (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

H9907_2024_1_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 Access [PPO]).

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 Access y lo que usted debe pagar.

- Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, pida a los demás planes los correspondientes folletos de Resumen de beneficios. O bien use el Buscador de planes de Medicare en www.medicare.gov.
- Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su actual manual *Medicare 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 Access

¿Quién puede afiliarse?

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

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Tufts Medicare Preferred Access tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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 Farmacias* de nuestro plan en nuestro sitio web (www.thpmp.org).

Nuestro plan le permite acudir a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque paguemos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden negar su atención. Además, si recurre a un proveedor fuera de la red, su parte del costo de los servicios cubiertos puede ser mayor.

¿Qué cubrimos?

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

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

El plan Tufts Medicare Preferred Access cubre 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, Tufts Medicare Preferred Access cubre 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 el plan Tufts Medicare Preferred Access?

Nuestro plan agrupa cada medicamento en uno de seis "niveles". Tendrá que usar su formulario para ubicar en qué nivel está su medicamento para determinar cuánto le costará. La cantidad que pague depende del nivel del medicamento y de qué período del beneficio ha alcanzado usted. También depende de si surtió su receta en una farmacia preferida o no preferida. Más adelante en este documento, analizaremos los períodos de los beneficios: Cobertura inicial, Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

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

Prima mensual del plan		
	\$0 por mes	
Lo que debería saber	Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Part B.	
Deducible	Este plan no tiene deducible.	
Responsabilidad de desembolso máximo (no incluye medicamentos recetados)	\$5,600 por servicios dentro la red \$9,550 por servicios dentro y fuera de la red combinados	
Lo que debería saber	Como todos los planes de salud de Medicare, nuestro plan lo protege 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).	
Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	\$400 de copago por día para los días 1 al 5; \$0 de copago a partir del día 6	40 % del costo
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de hospitalización. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Atención hospitalaria para pacientes externos		
Servicios hospitalarios para pacientes externos	\$390 de copago por día	40 % del costo
Cirugía externa (servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes externos)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$390 de copago por día	40 % del costo
Servicios de centro quirúrgico externo (ASC por sus siglas en inglés)	Colonoscopias: \$0 de copago; otros servicios: \$290 de copago por día	40 % del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Consultas médicas		
Médico de atención primaria	\$0 de copago por consulta	\$0 de copago por consulta
Especialista	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta
Lo que debería saber	No hay copago dentro de la red por un examen médico anual con su médico de atención primaria. El costo compartido por visita al consultorio se aplica a los servicios de cirugía prestados en el consultorio del médico.	
Atención preventiva	\$0 de copago por consulta	40 % del costo
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

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
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	\$45 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta
<i>Lo que debería saber</i>	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; \$200 de copago por día para todos los demás servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare.	40 % del costo
Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$30 de copago por día	40 % del costo
Servicios de laboratorio	\$0 de copago por día	40 % del costo
Radiografías para pacientes externos	\$30 de copago por día	40 % del costo
<i>Lo que debería saber</i>	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 para los servicios dentro de la red.	
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
Examen auditivo de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta
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.	
<i>Lo que debería saber</i>	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. El costo compartido para la prueba de prótesis auditiva es \$0 si la proporciona Hearing Care Solutions y el 40 % de coaseguro para otros proveedores.	
Servicios dentales		
Servicios dentales limitados cubiertos por Medicare	\$45 de copago por consulta	\$45 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.	
Tarjeta de gastos Flex Advantage	\$1,500 por año calendario en una tarjeta Visa prepagada para servicios dentales complementarios. La tarjeta de gastos Flex Advantage se puede utilizar para pagar servicios dentales cubiertos en cualquier dentista del país que acepte Visa.	

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
Lo que debería saber	<p>Los servicios dentales cubiertos por la tarjeta de gastos Flex Advantage se limitan a procedimientos dentales no cosméticos que no están cubiertos por Medicare. La cobertura llega hasta el límite de beneficios anual y el miembro es responsable de todos los costos que superen este monto. El saldo no utilizado al final del año no se traspasa.</p> <p>La tarjeta de gastos Flex Advantage es una tarjeta de doble propósito también cargada con crédito trimestral que los miembros pueden utilizar para comprar artículos de venta libre (OTC por sus siglas en inglés) aprobados por Medicare en los minoristas participantes y en las tiendas en línea aprobadas por el plan. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>	
Servicios de la vista		
Examen oftalmológico de rutina (hasta 1 por año)	\$0 de copago por consulta	\$45 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
Examen anual de detección de glaucoma	\$0 de copago por consulta	\$45 de copago por consulta
Beneficio anual de anteojos	Hasta \$150 de subsidio por año calendario	
Lo que debería saber	Si compra sus anteojos, marcos, lentes recetados o de contacto a un proveedor participante de atención de la vista en la red EyeMed Vision Care, se aplica el subsidio de \$150 en el punto de venta. De otra manera, usted debe hacer el desembolso y luego presentar la solicitud de reembolso.	
Servicios de salud mental		
Consulta de paciente hospitalizado	\$400 de copago por día para los días 1 al 4; \$0 de copago a partir del día 5	40 % del costo
Consulta de terapia grupal o individual externa	\$25 de copago por consulta	40 % del costo
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre 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.	
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; \$190 de copago por día para los días 21 al 44; \$0 de copago por día para los días 45 al 100	40 % del costo
Lo que debería saber	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	
Fisioterapia		
Terapia ocupacional	\$40 de copago por consulta	40 % del costo
Fisioterapia y terapia del habla y lenguaje	\$40 de copago por consulta	40 % del costo
Ambulancia		
Ambulancia	\$350 de copago por viaje de ida	\$350 de copago por viaje de ida

Atención y servicios para pacientes hospitalizados y externos	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
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	Sin cobertura	
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.	Insulina: \$35 de copago por suministro para 30 días; otros medicamentos de Part B: Usted paga el 40 % del costo.
Lo que debería saber	Su tasa real de coaseguro dentro de la red 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 dentro de la red no superará el 20 % para todos los medicamentos recetados de Medicare Part B que no sean insulina. Medicamentos de Part B que están sujetos a los requisitos de terapia escalonada. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentro de la red.	

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial	Tufts Medicare Preferred Access
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.	No hay deducible para Tufts Medicare Preferred Access. 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.

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$4	\$8	\$12
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A

Costos compartidos en farmacia minorista: farmacia no preferida			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$14	\$28	\$42
Nivel 2 (Genérico)	\$19	\$38	\$57
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$141 (insulina: \$105)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura inicial		Tufts Medicare Preferred Access	
Nivel 6 (Vacunas)	\$0	N/A	N/A
Costos compartidos de farmacia de pedido por correo			
Nivel	Suministro para 30 días	Suministro para 60 días	Suministro para 90 días
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0
Nivel 2 (Genérico)	\$4	\$8	\$8
Nivel 3 (Marca preferida)	\$47 (insulina: \$35)	\$94 (insulina: \$70)	\$94 (insulina: \$70)
Nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100 (insulina: \$35)	\$200 (insulina: \$70)	\$300 (insulina: \$105)
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	33 % del costo	N/A	N/A
Nivel 6 (Vacunas)	N/A	N/A	N/A
<p>Si usted es residente de un centro de cuidados a largo plazo, paga lo mismo que en una farmacia minorista preferida.</p> <p>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.</p> <p>Durante este período, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p>			

Beneficios de medicamentos recetados: Período sin cobertura		Tufts Medicare Preferred Access	
<p>La mayoría de los planes de medicamentos de Medicare tienen un período sin cobertura (que también se denomina "brecha de cobertura"). Esto significa que hay un cambio temporal en lo que usted pagará por sus medicamentos. El período sin cobertura comienza después de que el costo total anual de medicamentos (que incluye lo que ha pagado 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.</p>			

Beneficios de medicamentos recetados: Cobertura catastrófica		Tufts Medicare Preferred Access	
<p>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.</p>			

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
Acupuntura		
Servicios de acupuntura	\$20 de copago por consulta	\$45 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. El plan reembolsará los servicios prestados y facturados directamente por un acupunturista autorizado. 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	40 % del costo
Evaluación inicial (una vez al año)	\$15 de copago por consulta	40 % del costo
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
Servicios de salud a domicilio		
Atención de una agencia de salud a domicilio	\$0 de copago	50 % del costo
Terapia de infusión a domicilio	\$0 de copago	50 % del costo
Lo que debería saber	Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de terapia de infusión a domicilio dentro de la red.	
Hospicio		
	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 nuestro plan. Comuníquese con nosotros para obtener más información.	
Equipos o suministros médicos		
Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20 % del costo	50 % del costo
Suministros médicos duraderos (por ejemplo, catéteres, gasa)	20 % del costo	50 % del costo
Dispositivos protésicos (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales, etc.)	20 % del costo	50 % del costo

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
Lo que debería saber	<p>El plan cubre 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>El plan cubre 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 para los servicios dentro de la red.</p>	
Subsidio para pelucas (para pérdida de cabello debido a tratamiento de cáncer)	\$500 por año	
Servicios y suministros para la diabetes	<p>Usted paga \$0 por productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc.</p> <p>Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM por sus siglas en inglés).</p> <p>Usted paga el 20 % del costo por productos diferentes a OneTouch.</p>	<p>Usted paga \$0 por productos OneTouch fabricados por LifeScan, Inc.</p> <p>Usted paga \$0 por monitores continuos de glucosa (CGM).</p> <p>Usted paga el 50 % del costo por productos diferentes a OneTouch.</p>
Lo que debería saber	<p>Incluye suministros de control de la diabetes, capacitación en automanejo de la diabetes y zapatos o plantillas terapéuticas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales si recibe otros servicios médicos durante la misma cita en el consultorio.</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 por sus siglas en inglés). Los CGM requieren autorización previa dentro de la red.</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> <p>Se requieren solicitudes de excepción de cobertura para otras marcas de tiras reactivas, medidores de glucosa y CGM terapéuticos.</p>	
Terapia externa para el consumo de sustancias		
Consulta de terapia grupal o individual	\$25 de copago por consulta	40 % del costo
Diálisis renal		
	20 % del costo	40 % del costo

Beneficios adicionales	Tufts Medicare Preferred Access Dentro de la red	Tufts Medicare Preferred Access Fuera de la red
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.</p>	<p>Solo servicios cubiertos por Medicare. Los servicios de telehealth adicionales no están cubiertos fuera de la red.</p> <p>Usted paga el mismo costo compartido que el correspondiente a la consulta en persona.</p>
Programas de bienestar		
Artículos de venta libre (OTC) de Medicare	\$60 por trimestre calendario	Solo artículos disponibles a través del proveedor de OTC aprobado por el plan.
<i>Lo que debería saber</i>	Los miembros también utilizarán la tarjeta de gastos Flex Advantage de doble propósito descrita en la sección Servicios dentales para pagar los artículos OTC elegibles en los minoristas participantes y en las tiendas en línea aprobadas por el plan. La tarjeta de gastos Flex Advantage se cargará con crédito para OTC trimestral al comienzo de cada trimestre. El saldo no utilizado al final del trimestre no se transferirá.	
Programa de control de peso	El plan brinda 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.	
Subsidio de bienestar	El plan brinda 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.	

Como miembro del plan Tufts Medicare Preferred Access, 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

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.

Asesoramiento nutricional

Obtenga un 25 % de descuento en consultas con dietistas registrados y nutricionistas autorizados.

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.

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.

Vida independiente

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.

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.

Home Instead Senior Care

Home Instead brinda atención domiciliaria 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.

Crecimiento y desarrollo personal

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.

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.

Descuentos de salud
y bienestar

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.

Acupuntura

Reciba un 25 % de descuento en la tarifa habitual y acostumbrada.

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.

a Point32Health company

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، سيقوم شخص ما يتحدث العربية (PPO) 1-800-701-9000 (HMO)/1-866-623-0172 ليس عليك سوى الاتصال بنا على 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

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)



¿Tiene preguntas?

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



1 Wellness Way
Canton, MA 02021

Tufts Health Plan es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en Tufts Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-866-623-0172 (TTY: 711) para obtener más información. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o red de proveedores, comuníquese con Servicios para Miembros. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen ninguna obligación de atender a los miembros de Tufts Health Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicios para Miembros o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. 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).