MASSACHUSETTS

RESUMEN DE BENEFICIOS

DENTAL BLUE® PROGRAM 2

(CON ORTODONCIA)

BENEFÍCIATE CON TU PLAN DE SALUD

MyBlue es tu cuenta de miembro en línea que simplifica la comprensión y el uso de tu plan de salud.

- Realiza un seguimiento de reclamos y beneficios
- Encuentra opciones de atención personalizada
- Consulta tu tarjeta de identificación de miembro



Para comenzar

Inicia sesión o crea una cuenta hoy mismo. Descarga la aplicación o visita **bluecrossma.org**.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

DENTAL BLUE PROGRAM 2 CON ORTODONCIA

Para los miembros menores de 13 años, los beneficios (excepto los servicios de ortodoncia) están cubiertos en tu totalidad hasta el máximo del beneficio por año calendario y no están sujetos al deducible.

Grupo de beneficios preventivos	Grupo de beneficios básicos	Grupo de beneficios principales
Sin deducible	Deducible por año calendario de $50 por miembro / $150 por familia	
Cobertura total	Cobertura del 80%	Cobertura del 50%
Beneficio máximo de $2,000 por miembro, por año calendario		

Diagnóstico
- Un examen oral inicial completo, incluidos un historial dental inicial, y cuadro odontológico y de las estructuras de soporte
- Radiografías completas de la boca, siete o más placas, o radiografías panorámicas con radiografías de aleta de mordida una vez cada 60 meses
- Radiografías de aleta de mordida dos veces por año calendario
- Radiografías de una sola pieza dental según sea necesario
- Modelos y moldes de estudio utilizados en la planificación del tratamiento una vez cada 60 meses
- Exámenes orales periódicos o de rutina dos veces por año calendario
- Exámenes de emergencia

Servicios preventivos
- Limpieza de rutina, eliminación del sarro y pulido dental dos veces por año calendario
- Tratamiento con flúor dos veces por año calendario (miembros menores de 19 años)
- Selladores en superficies de molares y premolares permanentes (miembros menores de 14 años). Se brindan beneficios para una aplicación por superficie de bicúspide o molar cada 48 meses
- Mantenedores de espacio necesarios debido a una pérdida dental prematura (miembros menores de 19 años)

Odontología reconstructiva
- Empastes de amalgama (plata) (limitados a un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses)
- Empastes de resina compuesta (color del diente) (limitados a un empaste por cada superficie dental en un período de 12 meses)
- Pines de retención para empastes
- Coronas de acero inoxidable en los dientes de leche y en los primeros molares permanentes adultos (miembros menores de 16 años)

Cirugía bucal
- Extracción dental
- Extracción de raíces
- Biopsias

Periodoncia (encía y hueso)
- Alisado radicular y eliminación del sarro periodontal una vez por cuadrante cada 24 meses
- Cirugía periodontal una vez por cuadrante cada 36 meses
- Mantenimiento periodontal posterior a un tratamiento periodontal activo una vez cada tres meses

Endodoncia (raíces y pulpa)
- Tratamiento del conducto radicular (en dientes permanentes, una vez de por vida por diente)
- Nuevo tratamiento del conducto radicular en dientes permanentes, una vez de por vida por diente
- Pulpotomía terapéutica en dientes primarios o permanentes (miembros menores de 16 años)
- Otro tipo de cirugía endodóntica con el propósito de tratar o extraer la raíz dental

Mantenimiento prostético
- Reparación parcial o completa de dentaduras, coronas y puentes una vez cada 12 meses
- Adición de dientes a una dentadura completa o parcial existente
- Rebase o realineación de dentaduras una vez cada 36 meses
- Recementación de coronas, incrustación estética (onlay/inlay) y construcción de puente fijo una vez cada 12 meses

Otros servicios
- Ajustes oclusales una vez cada 24 meses
- Servicios para el tratamiento de la sensibilidad en las raíces
- Atención dental de emergencia para tratar el dolor agudo o prevenir daños permanentes a un miembro
- Anestesia general cuando se administra en combinación con servicios quirúrgicos cubiertos

Prostodoncia (reemplazo de piezas dentales)
- Dentaduras completas o parciales (incluidos los servicios para fabricarlas, medirlas, adaptarlas y ajustarlas) una vez cada 60 meses para cada arco
- Puentes fijos (incluidos los servicios para fabricarlos, medirlos, adaptarlos y ajustarlos) una vez cada 60 meses para cada diente
- Reemplazo de dentaduras y puentes una vez cada 60 meses cuando no se puedan arreglar los existentes
- Adición de dientes a un puente existente
- Dentaduras parciales temporales para reemplazar cualquiera de los seis dientes frontales superiores o inferiores (solo se proporciona cobertura si se colocan inmediatamente después de la pérdida de la pieza y durante el período de curación)

Odontología reconstructiva mayor (miembros a partir de 16 años)
- Coronas, una vez cada 60 meses por cada diente
- Incrustaciones estéticas (inlays) metálicas, de porcelana y de resina compuesta. Se proporcionan los beneficios de empaste de amalgama para el costo de incrustación estética (inlay) metálica, de porcelana o de resina compuesta, una vez cada 60 meses para cada diente. Tú tienes que pagar el saldo
- Incrustaciones estéticas (onlays) metálicas, de porcelana y de resina compuesta, una vez cada 60 meses para cada diente
- Reemplazo de coronas, una vez cada 60 meses para cada diente
- Reemplazo de incrustaciones estéticas (inlays) metálicas, de porcelana y de resina compuesta. Se proporcionan los beneficios de empaste de amalgama para el costo de incrustación estética (inlay) metálica, de porcelana o de resina compuesta, una vez cada 60 meses para cada diente. Tú tienes que pagar el saldo
- Reemplazo de incrustaciones estéticas (onlays) metálicas, de porcelana y de resina compuesta, una vez cada 60 meses para cada diente
- Reconstrucción con perno y núcleo o con corona, una vez cada 60 meses para cada diente

Implantes (miembros de 16 años o mayores)
- Los implantes endosteicos de piezas dentales simples (la porción pilar o fija) además de la prestación de corona para implante, una vez por cada período de 60 meses, cuando el implante reemplace un diente permanente hasta los segundos molares

Grupo de beneficios de ortodoncia

Cobertura del 50% para miembros de hasta 19 años
Sin deducible
- Examen de ortodoncia completo
- Tratamiento de ortodoncia activo limitado o integral, con dispositivos dentales incluidos

Beneficio máximo de por vida de $1,000

BIENVENIDO A DENTAL BLUE,

UN PLAN DENTAL INTEGRAL QUE PROPORCIONA UN AMPLIO ACCESO A LA RED PARA SATISFACER TUS NECESIDADES DE ATENCIÓN DENTAL.

Tu dentista
Dental Blue ofrece una amplia red de dentistas, incluidos los dentistas participantes en Massachusetts y en todo el país.

Si desea obtener ayuda para elegir un odontólogo, o si ya tiene uno y desea saber si este participa en su plan, puede llamar al odontólogo, consultar el directorio de proveedores odontológicos actual o llamar a Servicios al Miembro al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de Dental Blue. También puedes acceder al directorio de proveedores dentales en línea en **bluecrossma.org**.

Tus beneficios
Los beneficios dentales que tu plan cubre están sujetos a los montos de deducible por año calendario, coseguro (si corresponde) y beneficio máximo que se muestran en la tabla. **Para los miembros menores de 13 años, estos beneficios (excepto los servicios de ortodoncia) están cubiertos en su totalidad hasta el beneficio máximo por año calendario.** El año calendario comienza el 1.º de enero y finaliza el 31 de diciembre de cada año. La tabla también muestra el porcentaje de los costos que tu plan pagará por los servicios dentales cubiertos. Muchos de los servicios cubiertos tienen límites específicos de tiempo o edad.

Estimaciones de pago previas al tratamiento
Si tu dentista prevé que tu tratamiento dental incluirá servicios cubiertos, cuyo valor supere los $250, Blue Cross Blue Shield recomienda que tu dentista envíe una copia del "plan de tratamiento" a Blue Cross Blue Shield antes de que se proporcionen los servicios. Un plan de tratamiento es una descripción detallada de los procedimientos que el dentista planea realizar e incluye una estimación del cargo por cada servicio. Una vez que se revise el plan de tratamiento, tú y tu dentista serán notificados de los beneficios que se encuentran disponibles.

Recuerda que la estimación de pago se calcula sobre la base de tu estado de elegibilidad y la cantidad correspondiente a tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida en el momento en que se recibe y revisa dicha estimación. (El pago real puede variar si tu beneficio máximo disponible por año calendario o beneficio máximo de por vida, tu estado de elegibilidad han cambiado).

Procedimientos en varias etapas
Tu plan dental proporciona beneficios para procedimientos en varias etapas (procedimientos que requieren más de una visita, por ejemplo, coronas, dentaduras y conductos radiculares), siempre y cuando estés inscrito en el plan en la fecha en que se complete el procedimiento en varias etapas. Un dentista participante enviará un reclamo para un procedimiento en varias etapas a Blue Cross Blue Shield solo después del día en que se complete el procedimiento. Serás responsable de todos los cargos correspondientes a los procedimientos en varias etapas si tu plan ha sido cancelado antes de la fecha en que se completó el procedimiento.

Cómo se les paga a los dentistas – Dentistas participantes
Los dentistas que participan en Blue Cross Blue Shield of Massachusetts y en todo el país aceptan el menor valor entre el cargo real del dentista o el cargo permitido como pago total por los servicios cubiertos. Solo pagas tu deducible y coseguro (si corresponde), y cualquier cargo permitido que supere tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida.

En Massachusetts, los beneficios son, en general, únicamente provistos cuando los servicios cubiertos se reciben de un dentista participante. Las excepciones se encuentran detalladas en la descripción de tu plan.

Cómo se les paga a los dentistas – Dentistas no participantes fuera de Massachusetts
Los beneficios de servicios cubiertos por un dentista no participante fuera de Massachusetts se proporcionan sobre la base del cargo real del dentista o del cargo permitido, el que sea menor. El cargo permitido se calcula sobre la base de un esquema de cargos. Puedes ser responsable de toda diferencia que exista entre el cargo real del dentista o el cargo permitido, el que sea menor. También eres responsable de tu deducible, coseguro (si corresponde) y los cargos que superen tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida.

Cómo se pagan los beneficios ortodónticos
Tu plan incluye cobertura ortodóntica. El beneficio máximo de por vida no forma parte de tu beneficio máximo por año calendario, sino que se aplica solamente a los servicios de ortodoncia. Serás responsable de tu coseguro y de todo cargo que supere el beneficio máximo de por vida. Los beneficios se encuentran disponibles a partir de tu fecha de entrada en vigencia. Si tu tratamiento ortodóntico comenzó antes que la cobertura de Dental Blue, se pagará una tarifa mensual por las consultas ortodónticas restantes hasta que finalice tu tratamiento o se alcance el valor del beneficio máximo de por vida, lo que suceda primero.

Cobertura suplementaria – Dentistas no participantes dentro de Massachusetts
Tu plan incluye cobertura suplementaria para proporcionar beneficios por los servicios cubiertos recibidos en Massachusetts de dentistas no participantes. Puedes ser responsable del deducible, coseguro (si corresponde), toda diferencia que exista entre el cargo máximo permitido y el cargo real del dentista, y todos los cargos que superen tu beneficio máximo por año calendario o beneficio máximo de por vida. Consulta al patrocinador de tu plan si deseas conocer más detalles e información para presentar reclamaciones.

Cuándo comienza la cobertura
Tendrás cobertura, sin necesidad de un período de espera, a partir de la fecha en que te inscribas en el plan.

Beneficios para dependientes
Este plan cubre a los dependientes hasta el final del mes calendario en que el dependiente cumple los 26 años de edad, independientemente de la dependencia económica, la condición de estudiante o la condición de empleo del dependiente. Para obtener detalles exactos sobre la cobertura, consulta la descripción de tu plan (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Beneficios de transferencia máxima acumulados
Este plan dental incluye un Beneficio de transferencia máxima acumulado. Este beneficio de transferencia te permite transferir una cierta cantidad en dólares de tus beneficios dentales anuales no utilizados para poder usarlos en el futuro. Este beneficio tiene límites y restricciones. Para obtener más información, consulta el folleto sobre Transferencia máxima dental acumulada.

Beneficios dentales optimizados
Los beneficios dentales mejorados para ciertos servicios de atención dental se encuentran disponibles si eres un miembro al que se le han diagnosticado afecciones que califiquen. Para obtener más información sobre las afecciones específicas incluidas en este beneficio, revisa la descripción de tu plan (y las cláusulas adicionales, si corresponde) en MyBlue en **bluecrossma.org**.

Si tienes que presentar un reclamo
Los dentistas participantes enviarán los reclamos directamente a Blue Cross Blue Shield. Todo lo que tienes que hacer es mostrar tu tarjeta de identificación de Dental Blue. El pago se enviará directamente a tu dentista siempre que los reclamos se reciban en el término de un año desde que se completó el servicio.

Si recibes atención por parte de un dentista no participante, normalmente deberás presentar el reclamo tú mismo. Antes de presentar tu reclamo, obtén el formulario del Informe del Dentista que Proporciona Tratamiento en el Servicio de Atención al Miembro.

Después de que tu dentista complete el formulario, envíalo junto con tus facturas detalladas originales a Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, P. O. Box 986030, Boston, MA 02298. Todas las reclamaciones presentadas por los miembros deben presentarse en el término de dos años desde la fecha de servicio.

Si tienes quejas, consulta la descripción de tu plan para obtener instrucciones sobre cómo presentarlas.

Información adicional
La coordinación de beneficios se aplica a los miembros del plan que estén cubiertos por otro plan para los gastos de atención médica. La coordinación de beneficios garantiza que los pagos de otros planes de atención médica o seguro no superen los cargos totales que se cobren por los servicios cubiertos.

Tu descripción del plan tiene una cláusula de subrogación, lo que significa que Blue Cross Blue Shield puede recuperar los pagos si un tercero ya le ha pagado a un miembro el mismo reclamo.

¿TIENES PREGUNTAS?

Si tienes preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, llama al 1-800-262-BLUE (2583), o visítanos en línea en bluecrossma.org.

Limitaciones y exclusiones. Estas páginas resumen los beneficios de tu plan dental. La descripción de tu plan y de las cláusulas adicionales define todos los términos y las condiciones de forma más detallada. Si surgiera alguna duda respecto de los beneficios, prevalecerán la descripción del plan y las cláusulas adicionales. Para obtener una lista completa de las limitaciones y exclusiones, consulta la descripción de tu plan y las cláusulas adicionales.

® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association. © 2025 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc. .

003886400 (9/25) JB

MASSACHUSETTS

DENTAL BLUE® TRANSFERENCIA MÁXIMA ACUMULADA

En Blue Cross Blue Shield of Massachusetts sabemos que la salud bucal es una parte fundamental de la salud general. Por tal motivo, ofrecemos un beneficio dental que te permitirá transferir una parte de tus beneficios dentales no utilizados de un año a otro.

CÓMO FUNCIONA LA TRANSFERENCIA MÁXIMA

A partir de los 60 días posteriores al último día de tu período de beneficios, el importe de transferencia se sumará al importe de tu beneficio máximo, el cual se incrementará para que puedas utilizarlo ese año y en el futuro (consulta los importes y los máximos que aparecen a continuación).

No debes pagar nada por esto. No necesitas hacer nada al respecto. Para poder calcular el importe de dólares de beneficios elegibles para la transferencia, solo debes consultar el cuadro a continuación. Para comenzar, busca en la primera columna el máximo de tu período de beneficios. Si Blue Cross no paga más dólares por reclamos a tu nombre que el importe que figura en la segunda columna, el beneficio máximo para el año siguiente aumentará en función del importe indicado en la tercera columna.

Y, además, tu importe de transferencia sigue en aumento y estará disponible para que lo utilices siempre que tu empleador ofrezca este beneficio de transferencia.* La última columna te mostrará el importe total de dólares de beneficios adicionales que puedes obtener. Esta es una forma más en la que estamos trabajando para mejorar la atención médica para todos nuestros miembros.

Puedes acumular dólares de beneficios para ayudarte a compensar los gastos de desembolso directo más altos por procedimientos complejos.

Este beneficio se aplica en forma automática si:

- Recibes al menos un servicio durante el período de beneficios.
- Sigues siendo miembro del plan durante el período de beneficios.
- No superas el umbral de pagos de reclamos en el período de beneficios.

Si el importe del beneficio máximo anual de tu plan dental es:	Y si el total de tus reclamos no supera este importe para el período de beneficios:*	Transferiremos este importe para que puedas usarlo el año siguiente y en el futuro:*	No obstante, los totales de transferencias alcanzarán el límite al llegar a este importe:*
$500 a $749	$200	$150	$500
$750 a $999	$300	$200	$500
$1,000 a $1,249	$500	$350	$1,000
$1,250 a $1,499	$600	$450	$1,250
$1,500 a $1,999	$700	$500	$1,250
$2,000 a $2,499	$800	$600	$1,500
$2,500 a $2,999	$900	$700	$1,500
$3,000 o más	$1,000	$750	$1,500

*No es una cuenta de ahorros para la salud (FSA, por sus siglas en inglés). El importe refleja tu beneficio máximo durante un año determinado.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género.

ATTENTION: If you don't speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Service at the number on your ID card (TTY: **711**).
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: **711**).
ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: **711**).

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.®✓ Registered Marks and TM Trademarks are the property of their respective owners. © 2023 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.

002010701 50-0010SP (3/23)

MASSACHUSETTS

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina según la raza, el color, el origen nacional, la edad, la discapacidad, el sexo, la orientación sexual o la identidad de género. No excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género.

BLUE CROSS BLUE SHIELD OF MASSACHUSETTS PROPORCIONA LO SIGUIENTE:

- Ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera efectiva, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande u otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma materno no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Servicio de Atención al Miembro llamando al número que aparece en su tarjeta de identificación.

Si considera que Blue Cross Blue Shield of Massachusetts no le proporcionó estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una queja ante el coordinador de derechos civiles por correo a Civil Rights Coordinator, Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, 25 Technology Place, Hingham, MA 02043; por teléfono al **1-800-472-2689 (TTY: 711)**; por fax al **1-617-246-3616**; o por correo electrónico a **civilrightscoordinator@bcbsma.com**.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services) en línea en **ocrportal.hhs.gov**; por correo a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, DC 20201; por teléfono al **1-800-368-1019** o al **1-800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios para reclamos están disponibles en **hhs.gov**.

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.
© 2023 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.

55-1487 (6/24)

PROFICIENCY OF LANGUAGE ASSISTANCE SERVICES

Spanish/Español: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación (TTY: **711**).

Portuguese/Português: ATENÇÃO: Se fala português, são-lhe disponibilizados gratuitamente serviços de assistência de idiomas. Telefone para os Serviços aos Membros, através do número no seu cartão ID (TTY: **711**).

Chinese/简体中文: 注意：如果您讲中文，我们可向您免费提供语言协助服务。请拨打您 ID 卡上的号码联系会员服务部（TTY 号码：**711**）。

Haitian Creole/Kreyòl Ayisyen: ATANSYON: Si ou pale kreyòl ayisyen, sèvis asistans nan lang disponib pou ou gratis. Rele nimewo Sèvis Manm nan ki sou kat Idantitifkasyon w lan (Sèvis pou Malantandan TTY: **711**).

Vietnamese/Tiếng Việt: LƯU Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ được cung cấp cho quý vị miễn phí. Gọi cho Dịch vụ Hội viên theo số trên thẻ ID của quý vị (TTY: **711**).

Russian/Русский: ВНИМАНИЕ: если Вы говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Позвоните в отдел обслуживания клиентов по номеру, указанному в Вашей идентификационной карте (телетайп: **711**).

Arabic/ةيبر:

انتباه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فتتوفر خدمات المساعدة اللغوية مجانًا بالنسبة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على بطاقة هُويتك (جهاز الهاتف النصي للصم والبكم "TTY": **711**).

Mon-Khmer, Cambodian/ខ្មែរ: ការជូនដំណឹង៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (TTY: **711**)។

French/Français: ATTENTION : si vous parlez français, des services d'assistance linguistique sont disponibles gratuitement. Appelez le Service adhérents au numéro indiqué sur votre carte d'assuré (TTY : **711**).

Italian/Italiano: ATTENZIONE: se parlate italiano, sono disponibili per voi servizi gratuiti di assistenza linguistica. Chiamate il Servizio per i membri al numero riportato sulla vostra scheda identificativa (TTY: **711**).

Korean/한국어: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에 있는 전화번호(TTY: **711**)를 사용하여 회원 서비스에 전화하십시오.

Greek/Ελληνικά: ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, διατίθενται για σας υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας, δωρεάν. Καλέστε την Υπηρεσία Εξυπηρέτησης Μελών στον αριθμό της κάρτας μέλους σας (ID Card) (TTY: **711**).

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Polish/Polski: UWAGA: Osoby posługujące się językiem polskim mogą bezpłatnie skorzystać z pomocy językowej. Należy zadzwonić do Działu obsługi ubezpieczonych pod numer podany na identyfikatorze (TTY: **711**).

Hindi/हिंदी: ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो भाषा सहायता सेवाएँ, आप के लिए नि:शुल्क उपलब्ध हैं। सदस्य सेवाओं को आपके आई.डी. कार्ड पर दिए गए नंबर पर कॉल करें (टी.टी.वाई.: **711**).

Gujarati/ગુજરાતી: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો તમને ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા આઈડી કાર્ડ પર આપેલા નંબર પર Member Service ને કૉલ કરો (TTY: **711**).

Tagalog/Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro sa numerong nasa iyong ID Card (TTY: **711**).

Japanese/日本語: お知らせ：日本語をお話しになる方は無料の言語アシスタンスサービスをご利用いただけます。IDカードに記載の電話番号を使用してメンバーサービスまでお電話ください（TTY: **711**）。

German/Deutsch: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsche sprechen, steht Ihnen kostenlos fremdsprachliche Unterstützung zur Verfügung. Rufen Sie den Mitgliederdienst unter der Nummer auf Ihrer ID-Karte an (TTY: **711**).

Persian/پارسیان:
توج: اگر زبان شما فارسی است، خدمات کمک زبانی ب صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با شمار تلفن مندرج بر روی کارت شناسایی خود با بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید (TTY: **711**).

Lao/ພາສາລາວ: ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຖ້າເຈົ້າເວົ້າພາສາລາວໄດ້, ມີການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ໝາຍເລກໂທລະສັບຢູ່ໃນບັດຂອງທ່ານ (TTY: **711**).

Navajo/Diné Bizaad: BAA ÁKOHWIINDZIN DOOÍGÍ: Diné k'ehjí yáníłt'i'go saad bee yát'i' éí t'áájíík'e bee níká'a'doowołgo éí ná'ahoot'i'. Díí bee anítahígí ninaaltsoos bine'déé' nóomba biká'ígíijį' béésh bee hodíílnih (TTY: **711**).

Blue Cross Blue Shield of Massachusetts is an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association. ® Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.
© 2023 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.
001651831
55-1493 (6/22)