El Resumen de beneficios y cobertura (SBC) lo ayudará a escoger un plan de salud. El SBC muestra cómo usted y el plan compartirían los costos de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura u obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite bluecrossma.org/coverage-info. Para ver las definiciones de términos frecuentes, como cantidad permitida, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede consultar el glosario en bluecrossma.org/sbcglossary o llamar al **1-800-424-0794** para pedir una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuánto es el deducible total?	$4,000 por miembro / $8,000 por familia.	Por lo general, debe pagar todos los costos de los proveedores hasta la cantidad del deducible antes de que este plan comience a pagar. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por el plan, cada familiar deberá pagar su propio deducible individual hasta que la cantidad total de los gastos del deducible que pagan todos los familiares alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de alcanzar tu deducible?	Si. Atención preventiva y atención prenatal, la mayoría de las visitas al consultorio, visitas de salud mental, visitas de terapia dentro de la red; medicamentos con receta médica.	Este plan cubre algunos artículos y servicios incluso si aún no ha cubierto la cantidad del deducible. Sin embargo, es posible que se aplique un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costos compartidos y antes de que cumpla con su deducible. Vea una lista de servicios preventivos cubiertos en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
¿Hay otros deducibles para servicios específicos?	No.	No tiene que pagar deducibles para servicios específicos.
¿Cuánto es el límite de gastos de bolsillo para este plan?	Para beneficios médicos, $7,000 por miembro / $14,000 por familia; y para beneficios de medicamentos con receta médica, $1,000 por miembro / $2,000 por familia.	El límite de gastos de bolsillo es el máximo que podrías pagar en un año por servicios cubiertos. Si hay otros miembros de la familia cubiertos por este plan, ellos deben pagar sus propios límites de gastos de bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos de bolsillo familiar general.
¿Qué es lo que no está incluido en el límite de gastos de bolsillo?	Las primas, los cargos por facturación de saldo y la atención médica que este plan no cubre.	Aunque pagues estos costos, no cuentan para el límite de gastos de bolsillo.
¿Pagarás menos si acudes a un proveedor dentro de la red?	Sí. Ve bluecrossma.com/findadoctor o llama al número de Servicios al Miembro que figura en tu tarjeta de identificación para obtener una	Este plan tiene una red de proveedores. Pagarás menos si acudes a un proveedor dentro de la red del plan. Pagarás el máximo si acudes a un proveedor fuera de la red, y es posible que recibas una factura de un proveedor por la diferencia en el costo del proveedor y lo que tu plan paga (facturación de saldo). Ten en mente que tu proveedor dentro de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulta con tu proveedor antes de obtener servicios.

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

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
	lista de proveedores dentro de la red.	
¿Necesitas una derivación para atenderte con un especialista?	No.	Puede acudir al especialista de su preferencia sin una derivación.

⚠ Todos los **copagos** y el **coseguro** que se muestran en este cuadro se aplican después de alcanzar su **deducible**, si se aplica uno.

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
Si acude al consultorio o clínica del proveedor	Consulta con su médico de atención primaria para tratar una afección o lesión	$25 por visita	$25 por visita	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; médico general o de familia, internista, pediatra, obstetra/ginecólogo, especialista geriátrico, enfermeras obstétricas, clínica de servicios limitados, grupo de proveedores de múltiples especialidades, o asistente médico o enfermero practicante designado como atención primaria; no se aplica el costo compartido dentro de la red para las dos primeras visitas al PCP y/o especialista para tratamiento de la diabetes por año calendario; puede aplicarse un costo compartido de telesalud
	Consulta con un especialista	$40 por visita; $40 por visita al quiropráctico; $40 por visita de acupuntura	$40 por visita; $40 por visita al quiropráctico; $40 por visita de acupuntura	20% de coseguro; 20% de coseguro por visita al quiropráctico;	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; incluye al asistente médico o enfermero practicante designado como atención especializada; no se aplica

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
				20% de coseguro por visita de acupuntura	el costo compartido dentro de la red para las dos primeras visitas al PCP y/o especialista para tratamiento de la diabetes por año calendario; limitado a 12 visitas de acupuntura por año calendario; puede aplicarse un costo compartido de telesalud
	Atención preventiva / evaluación / vacunas	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; limitado a la edad y/o la frecuencia; exención del costo compartido para al menos un examen de bienestar de salud mental por año calendario; puede aplicarse un costo compartido de telesalud. Tendrás que pagar los servicios que no sean preventivos. Consulta a tu proveedor si los servicios necesarios son preventivos. Luego verifica lo que tu plan pagará.
Si se realiza un examen	Exámenes de diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo	$100 para radiografías y $35 para análisis de laboratorio para hospitales; Sin cargo para los otros proveedores	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; el copago se aplica por categoría de prueba por día; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Diagnóstico por imágenes (tomografía computarizada/ tomografía	Sin cargo	$450 para hospitales; Sin cargo para los	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; el copago se aplica por categoría de prueba por día; se requiere

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
	por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética)		otros proveedores		autorización previa para determinados servicios
Si necesita un medicamento para tratar su enfermedad o condición médica. Hay más información disponible sobre la **cobertura de medicamentos con receta médica** en bluecrossma.org/medication	Medicamentos genéricos	$15 por suministro por venta minorista o $30 por suministro por pedido por correo	$15 por suministro por venta minorista o $30 por suministro por pedido por correo	$30 por suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	Suministro de hasta 30 días por venta minorista (90 días por pedido por correo); es posible que el costo compartido no se aplique o que se reduzca o aumente para determinados medicamentos y suministros cubiertos; se requiere autorización previa para determinados medicamentos
	Medicamentos de marca preferidos	$30 por suministro por venta minorista o $60 por suministro por pedido por correo	$30 por suministro por venta minorista o $60 por suministro por pedido por correo	$60 por suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	
	Medicamentos de marca no preferidos	$50 por suministro por venta minorista o $150 por suministro por pedido por correo	$50 por suministro por venta minorista o $150 por suministro por pedido por correo	$100 por suministro por venta minorista y todos los cargos por pedido por correo	
	Medicamentos de especialidad	Costos compartidos aplicables (genéricos, preferidos y no preferidos)	Costos compartidos aplicables (genéricos, preferidos y no preferidos)	Sin cobertura	Cuando se obtienen de una farmacia especializada designada; es posible que el costo compartido no se aplique o que se reduzca o aumente para determinados medicamentos y suministros cubiertos; se requiere autorización previa para determinados medicamentos

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
Si te hacen una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Sin cargo	$1,000 por admisión para hospitales; Sin cargo para los otros proveedores	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Tarifas del médico / cirujano	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
Si necesitas atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se aplica primero el deducible
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Se aplica primero el deducible
	Atención de urgencia	$40 por visita	$40 por visita	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; puede aplicarse un costo compartido de telesalud
Si necesitas hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	Sin cargo	$1,000 por admisión	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa / autorización para determinados servicios
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa / autorización para determinados servicios
Si necesitas servicios de salud mental, salud conductual o de abuso de sustancias	Servicios para pacientes ambulatorios	$25 por visita	$25 por visita	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; puede aplicarse un costo compartido de telesalud; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Servicios para pacientes hospitalizados	Sin cargo	Sin cargo; $1,000 por admisión para	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa /

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
			hospitales generales		autorización para determinados servicios
Si estás embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	El deducible se aplica primero, a excepción de la atención prenatal dentro de la red; el costo compartido no se aplica a los servicios preventivos dentro de la red; la atención por maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ecografía); puede aplicarse un costo compartido de telesalud
	Servicios profesionales para el nacimiento y el parto	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto	Sin cargo	$1,000 por admisión	20% de coseguro	
Si necesitas servicios de recuperación o tienes otras necesidades especiales de salud	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Servicios de rehabilitación	$40 por visita para servicios para pacientes ambulatorios; Sin cargo para servicios para pacientes hospitalizados	$75 por visita para hospitales generales ($40 por visita para los otros proveedores) para servicios para pacientes ambulatorios; Sin cargo para servicios para pacientes hospitalizados	20% de coseguro para servicios para pacientes ambulatorios; 20% de coseguro para servicios para pacientes hospitalizados	Se aplica primero el deducible, excepto para servicios para pacientes ambulatorios dentro de la red; limitado a 60 visitas ambulatorias por año calendario (excepto para autismo, atención médica en el hogar y terapia del lenguaje); limitado a 60 días por año calendario para admisiones de pacientes hospitalizados; puede aplicarse un costo compartido de telesalud; se requiere autorización previa para determinados servicios
	Servicios de habilitación	$40 por visita	$75 por visita para hospitales generales;	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; se aplican los límites de cobertura de la terapia

Circunstancia médica común	Servicios que podría necesitar	Lo que usted pagará			Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Costo compartido más bajo dentro de la red (Usted pagará el mínimo)	Costo compartido más alto dentro de la red	Fuera de la red (Usted pagará la cantidad máxima)	
			($40 por visita para los otros proveedores)		de rehabilitación para pacientes ambulatorios; no se aplican los límites de cobertura y costo compartido para los servicios de intervención temprana para niños que reúnan los requisitos; puede aplicarse un costo compartido de telesalud
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; límite de 100 días por año calendario; se requiere autorización previa
	Equipo médico duradero	20% de coseguro	20% de coseguro	40% de coseguro	Se aplica primero el deducible; no se aplica el costo compartido dentro de la red para un extractor de leche por nacimiento, incluidos los suministros (20% de coseguro para servicios fuera de la red)
	Servicios en un programa de cuidados paliativos	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	Se aplica primero el deducible; se requiere autorización previa para determinados servicios
Si tu hijo necesita servicios dentales o de la vista	Examen de la vista para niños	Sin cargo	Sin cargo	20% de coseguro	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; limitado a un examen cada 24 meses
	Anteojos para niños	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura	Ninguno
	Anteojos para niños	Sin cargo para miembros con fisura palatina / labio leporino	Sin cargo para miembros con fisura palatina / labio leporino	20% de coseguro para miembros con fisura palatina / labio leporino	El deducible se aplica primero a servicios fuera de la red; limitado a los miembros menores de 18 años

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su Plan, por lo general, NO cubre (consulte la póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Anteojos para niños
- Cirugía estética
- Atención dental (adultos)
- Atención a largo plazo
- Servicios de enfermería privada

Otros servicios cubiertos (es posible que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento del plan).

- Acupuntura (12 visitas por año calendario)
- Cirugía bariátrica
- Atención quiropráctica
- Audífonos ($2,000 por cada oído cada 36 meses para miembros hasta los 21 años)
- Tratamiento de infertilidad
- Atención que no sea de emergencia durante viajes fuera de los Estados Unidos
- Atención de la vista de rutina para adultos (limitado a un examen cada 24 meses)
- Atención de los pies de rutina (solo para pacientes con enfermedad circulatoria sistémica)
- Programas de pérdida de peso ($150 por póliza por año calendario)

Su derecho a continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarlo si quiere mantener la cobertura después de que esta finalice. La información de contacto de esos organismos es: Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Su Departamento Estatal de Seguros también puede ayudarlo. Si es un residente de Massachusetts, puede comunicarse con la División de Seguros de Massachusetts al 1-877-563-4467 o en www.mass.gov/doi. Es posible que haya otras opciones de cobertura disponibles para usted, como contratar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para obtener más información sobre la posible compra de la cobertura individual a través del intercambio estatal, puede comunicarse con el mercado de su estado, si corresponde. Si usted es un residente de Massachusetts, comuníquese con el Conector de Salud de Massachusetts al visitar www.mahealthconnector.org. Para obtener más información sobre sus derechos a continuar con la cobertura de su empleador, comuníquese con el patrocinador de su plan. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro).
Su derecho a presentar una queja o una apelación: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de una reclamación. Esta queja se denomina queja formal o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicha reclamación médica. Los documentos de su plan también dan toda la información para presentar una reclamación, una apelación o una queja formal por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, sobre este aviso o si necesita ayuda, comuníquese con el patrocinador de su plan o llame al 1-800-472-2689. (El patrocinador del plan es generalmente el empleador del miembro o la organización que brinda cobertura médica grupal al miembro). También puede comunicarse con la Oficina de protección de pacientes al 1-800-436-7757 o en www.mass.gov/hpc/opp.

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? **Sí.**
La cobertura esencial mínima generalmente incluye planes, seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas de mercado individuales, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otras coberturas específicas. Si usted es elegible para determinados tipos de cobertura esencial mínima, tal vez no sea elegible para el crédito fiscal para primas del plan.

¿Cumple este plan el valor mínimo estándar? **Sí.**
Si su plan no cumple con el valor mínimo estándar, es posible que cumpla con los requisitos para recibir un crédito fiscal para primas del plan que lo ayudará a pagar un plan en el Mercado.

Aviso de exención: Este documento contiene solo una descripción parcial de los beneficios, las limitaciones, exclusiones y otras disposiciones del plan de atención médica. No es una póliza. Es una visión general solamente. No brinda todos los detalles de esta cobertura, incluidos los beneficios, exclusiones y limitaciones de la póliza. En caso de que haya discrepancias entre este documento y la póliza, regirán los términos y condiciones de la póliza.

Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulta la siguiente sección.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo puede este plan cubrir la atención médica. Tus costos reales pueden variar según el tratamiento real que recibas, los precios que tus proveedores cobren y muchos otros factores. Fíjate en las cantidades de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos por el plan. Usa esta información para comparar la parte de los costos que podrías pagar con los distintos planes médicos. Ten presente que estos ejemplos de cobertura se basan solo en una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé
(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

■ El deducible general del plan	$4,000
■ Copago de la tarifa por parto	$0
■ Copago de la tarifa del centro	$0
■ Copago de exámenes de diagnóstico	$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas al consultorio del especialista *(atención prenatal)*
Servicios profesionales para el nacimiento y el parto
Servicios hospitalarios para el nacimiento y el parto
Exámenes de diagnóstico *(ecografías y análisis de sangre)*
Consulta con un especialista *(anestesia)*

Costo total del ejemplo	**$12,700**

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$4,000
Copagos	$10
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que Peg pagaría es	**$4,070**

Control de la diabetes tipo 2 de Joe
(un año de atención de rutina dentro de la red de una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	$4,000
■ Copago por consulta con un especialista	$40
■ Copago por visita de atención primaria	$25
■ Copago de exámenes de diagnóstico	$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Visitas en el consultorio del médico de atención primaria *(incluye la educación sobre enfermedades)*
Exámenes de diagnóstico *(análisis de sangre))*
Medicamentos con receta médica
Equipo médico duradero *(glucómetro)*

Costo total del ejemplo	**$5,600**

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$100
Copagos	$1,200
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que Joe pagaría es	**$1,320**

Fractura simple de Mia
(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

■ El deducible general del plan	$4,000
■ Copago por consulta con un especialista	$40
■ Copago de la sala de emergencias	$0
■ Copago de servicios de ambulancia	$0

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:
Atención en la sala de emergencias *(incluye suministros médicos)*
Exámenes de diagnóstico *(radiografías)*
Equipo médico duradero *(muletas)*
Servicios de rehabilitación *(fisioterapia)*

Costo total del ejemplo	**$2,800**

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	$1,900
Copagos	$200
Coseguro	$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que Mia pagaría es	**$2,100**

El **plan** sería responsable de los demás costos de los servicios cubiertos de este EJEMPLO.

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

MASSACHUSETTS

CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS MCC



Este plan de salud cumple con los requisitos mínimos de cobertura acreditable (Minimum Creditable Coverage, MCC) para residentes de Massachusetts en vigencia a partir del 1.° de enero de 2014, como parte de la Ley de Reforma de la Atención Médica de Massachusetts (Massachusetts Health Care Reform Law).

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.

55-0647SP (9/22)

Esta opción de plan de salud incluye una característica de red en niveles llamada Participación en los costos de la elección del hospital. Como miembro de este plan, pagará diferentes niveles de participación en los costos dentro de la red (como copagos y coseguro) para ciertos servicios, dependiendo del hospital general preferido que elija para obtener esos servicios cubiertos. Para la mayoría de los hospitales generales preferidos, pagará el nivel de participación en los costos más bajo dentro de la red. Sin embargo, si recibe ciertos servicios cubiertos de algunos hospitales generales preferidos, pagará el nivel de participación en los costos más alto de la red. El nivel de participación en los costos de un hospital general preferido puede cambiar ocasionalmente. Los cambios globales para agregar un hospital general preferido al nivel de participación en los costos más alto no se realizarán más de una vez por año calendario. A fin de obtener ayuda para encontrar un hospital general preferido en el que pague el nivel de participación en los costos más bajo de la red, consulte el directorio de proveedores más actual de su opción de plan de salud o visite la herramienta de búsqueda de proveedores en línea en **bluecrossma.org/hospitalchoice**.

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.

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)