

BLUE CARE ELECT PREFERRED 90

The RMR Group LLC.

Deducible para el año del plan: \$1,000/\$2,000

DESBLOQUEA EL PODER DE TU PLAN

MyBlue te brinda una imagen instantánea de tu plan:



COBERTURA Y
BENEFICIOS



RECLAMOS Y
SALDO



TARJETA DE
IDENTIFICACIÓN
DIGITAL

Iniciar sesión

Descarga la aplicación o crea una cuenta en bluecrossma.org.



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

TU ELECCIÓN

Tu deducible

Tu deducible es la cantidad de dinero que pagas de desembolso directo cada año del plan antes de poder recibir cobertura para ciertos beneficios en virtud de este plan. Si no estás seguro de cuándo comienza tu año del plan, comunícate con Blue Cross Blue Shield of Massachusetts. Tu deducible por beneficios médicos es **\$1,000** por miembro (o **\$2,000** por familia) para servicios combinados dentro y fuera de la red. Tu deducible por beneficios de medicamentos con receta médica de minoristas es **\$100** por miembro (o **\$200** por familia).

Cuando eliges proveedores preferidos

Obtienes el nivel más alto de beneficios en virtud de tu plan de atención médica cuando recibes los servicios cubiertos de proveedores preferidos. Estos se denominan tus beneficios “dentro de la red.” Consulta los cuadros para conocer tu costo compartido.

Nota: Si un proveedor preferido te deriva a otro proveedor para que te proporcione servicios cubiertos (como un laboratorio o un especialista), asegúrate de que el proveedor sea un proveedor preferido, a fin de recibir los beneficios en el nivel dentro de la red. Si el proveedor que utilizas no es un proveedor preferido, sigues estando cubierto, pero tus beneficios, en la mayoría de las situaciones, estarán cubiertos en un nivel fuera de la red, incluso si has sido derivado por un proveedor preferido.

Cómo buscar un proveedor preferido

Para encontrar un proveedor preferido, debes:

- Busque un proveedor en “Find a Doctor” (Buscar un médico) en bluecrossma.com/findadoctor. Si necesitas una copia de tu directorio o ayuda para elegir un proveedor, llama al número de Servicio de Atención al Miembro que aparece en tu tarjeta de identificación.
- Visita el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, bluecrossma.org

Cuando eliges proveedores no preferidos

También puedes obtener servicios cubiertos de proveedores no preferidos, pero tus desembolsos directos serán más altos. Estos se denominan tus beneficios “fuera de la red.” Consulta los cuadros para conocer tu costo compartido.

Los pagos por los beneficios fuera de la red se basan en el cargo permitido por Blue Cross Blue Shield, según se define en tu certificado de miembro. Es posible que seas responsable del pago de toda diferencia entre el cargo permitido y el cargo efectivo facturado por el proveedor (además del pago de tu deducible o coseguro).

Tu desembolso directo máximo

Tu desembolso directo máximo es el importe más alto que podrías pagar durante un año del plan por deducible, copagos, y coseguro de servicios cubiertos. Tu desembolso directo máximo por beneficios médicos y de medicamentos con receta médica es de **\$5,000** por miembro (o **\$10,000** por familia) para servicios combinados dentro y fuera de la red.

Servicios en salas de emergencias

En una emergencia, como un posible ataque cardíaco, accidente cerebrovascular o envenenamiento, debes dirigirte directamente al centro médico más cercano o llamar al **911** (o al número telefónico local para emergencias). Después de alcanzar tu deducible, pagas un coseguro para los servicios en la sala de emergencias dentro o fuera de la red. Consulta el cuadro para conocer tu participación en los costos.

Servicios de telesalud

Los servicios de telesalud están cubiertos cuando el mismo servicio en persona se cubrirá por el plan de salud y el uso de telesalud es apropiado. Su proveedor de atención médica trabajará con usted para determinar si una visita de telesalud es médicamente apropiada para sus necesidades de atención médica o si se necesita una visita en persona. Para obtener una lista de los proveedores de telesalud, visite el sitio web de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts en bluecrossma.org, consulte “Find a Doctor” (Buscar un médico) o llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación.

Tu equipo de atención virtual

Tu plan de salud incluye una opción para un modelo de prestación de atención primaria habilitado por tecnología en el que los proveedores cubiertos por el equipo de atención virtual prestan determinados servicios cubiertos. Para obtener detalles exactos sobre la cobertura, consulta tu certificado de miembro (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Requisitos de revisión de utilización

Algunos servicios requieren **aprobación previa/autorización previa** a través de Blue Cross Blue Shield of Massachusetts para recibir la cobertura de beneficios; estos incluyen hospitalización que no sea de emergencia ni por maternidad, y pueden incluir ciertos servicios, terapias, procedimientos y medicamentos para pacientes ambulatorios. Deberías trabajar con tu proveedor de atención médica para determinar si se necesita aprobación previa para cualquier servicio que tu proveedor sugiera. Si tu proveedor o tú no obtienen la aprobación previa cuando es obligatoria, tus beneficios se rechazarán y es posible que seas totalmente responsable del pago al proveedor del servicio. Consulta tu certificado de miembro para conocer los requisitos y el proceso que debes seguir para la revisión de utilización, que incluyen la revisión previa a la admisión, la aprobación previa de servicios, la revisión concurrente y la planificación del alta, y la administración de casos individual.

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 tu certificado de miembro (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Cobertura para parejas de hecho

Es posible que se disponga de cobertura para parejas de hecho para los dependientes elegibles. Comunícate con el patrocinador de tu plan para obtener más información.

Servicios cubiertos	Tu costo dentro de la red	Tu costo fuera de la red
Atención preventiva		
Exámenes de control para niños, incluidos los análisis relacionados, según el siguiente cronograma en función de la edad: • Diez visitas durante el primer año de vida • Tres visitas durante el segundo año de vida (de 1 a 2 años) • Dos visitas durante los 2 años • Una visita por año calendario a partir de los 3 años	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes físicos de rutina para adultos, incluidos los análisis relacionados (uno por año calendario)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes ginecológicos de rutina, incluidos los análisis de laboratorio relacionados (uno por año calendario)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Exámenes de la audición de rutina, incluidos los análisis relacionados	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Audífonos (hasta \$2,000 por oído cada 36 meses para miembros menores de 21 años)	Todos los cargos que superen el máximo, sin deducible	20% de coseguro después del deducible y todos los cargos que superen el máximo
Exámenes de rutina de la vista (uno cada 24 meses)	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Servicios de planificación familiar, visitas al consultorio	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención para pacientes ambulatorios		
Visitas a la sala de emergencias	10% de coseguro después del deducible	10% de coseguro después del deducible
Visitas a consultorios y centros de salud	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Servicios de telesalud para pacientes ambulatorios • Con un proveedor cubierto • Con el proveedor de telesalud de la red designado	Igual que la visita en persona 10% de coseguro después del deducible	Igual que la visita en persona Solo se aplica dentro de la red
Visitas al consultorio de quiroprácticos	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Visitas de acupuntura (hasta 12 visitas por año calendario)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Terapia de rehabilitación física y ocupacional de corto plazo (hasta 60 visitas por año calendario*)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Tratamiento para los trastornos del habla, la audición y el lenguaje (terapia del habla)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Radiografías de diagnóstico y análisis de laboratorio, incluidas resonancias magnéticas, tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones y estudios cardíacos nucleares de diagnóstico por imágenes	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Atención médica a domicilio y servicios de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Oxígeno y equipo para su administración	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Equipos médicos duraderos, como sillas de ruedas, muletas y camas de hospital	10% de coseguro después del deducible**	30% de coseguro después del deducible**
Dispositivos protésicos	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Cirugía y anestesia relacionada	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Atención de pacientes hospitalizados (incluida la atención por maternidad)		
Atención hospitalaria en un hospital general o para enfermedades crónicas (tantos días como sea médicamente necesario)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Atención en un hospital psiquiátrico o centro para el tratamiento del consumo de sustancias (tantos días como sea médicamente necesario)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Atención en un hospital de rehabilitación (hasta 60 días por año calendario)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	10% de coseguro después del deducible	30% de coseguro después del deducible

* No se aplica ningún límite de visitas cuando la terapia de rehabilitación de corto plazo se proporciona como parte de la atención médica a domicilio cubierta o para tratar los trastornos del espectro autista.

** No se aplica costo compartido dentro de la red por un sacaleches por nacimiento, incluidos los suministros (20% de coseguro después del deducible fuera de la red).

Servicios cubiertos	Tu costo dentro de la red	Tu costo fuera de la red
Beneficios de medicamentos con receta médica*		
En farmacias minoristas designadas (suministro de la lista de medicamentos aprobados para un máximo de 30 días por cada receta o reposición)**	Después de deducible \$15 para Nivel 1 \$30 para Nivel 2 \$50 para Nivel 3	Sin cobertura
A través de farmacias designadas con envío de medicamentos por correo (suministro de la lista de medicamentos aprobados para un máximo de 90 días por cada receta o reposición)**	Sin deducible \$30 para el Nivel 1 \$60 para el Nivel 2 \$100 para el Nivel 3	Sin cobertura

* En general, el Nivel 1 se refiere a medicamentos genéricos; el Nivel 2 se refiere a medicamentos de marca preferidos; el Nivel 3 se refiere a medicamentos de marca no preferidos.

** Es posible que no se aplique o que se reduzca el costo compartido para determinados medicamentos y suministros cubiertos. Los medicamentos de venta minorista están disponibles en un suministro de 90 días a tres veces el costo compartido minorista estándar.

Aprovecha tu plan al máximo: Visítanos en bluecrossma.org o llama al 1-800-241-0803 para obtener información sobre descuentos, ahorros, recursos y programas especiales, como los que aparecen a continuación, que tenemos a tu disposición.

Programa de participación de bienestar

Reembolso por acondicionamiento físico: un beneficio que recompensa la participación en programas de acondicionamiento físico calificados o equipo
(Para obtener detalles, consulta tu certificado de miembro)

\$150 por año calendario por póliza

Reembolso por programa para bajar de peso: un programa que recompensa la participación en un programa de pérdida de peso calificado (Para obtener detalles, consulta tu certificado de miembro)

\$150 por año calendario por póliza

+ Línea de enfermería las 24 horas del día, los 7 días de la semana: hable con un enfermero matriculado, de día o de noche, para obtener orientación y asesoramiento inmediatos. Llama al 1-888-247-BLUE (2583). Sin cargo adicional.

¿TIENES PREGUNTAS?

Si tienes preguntas sobre Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, llama al 1-800-241-0803, o visítanos en línea en bluecrossma.org.

Limitaciones y exclusiones. En estas páginas se resumen los beneficios de tu plan de atención médica. Tu certificado de miembro y las cláusulas adicionales definen todos los términos y las condiciones de forma más detallada. Si surgiera alguna duda respecto de los beneficios, prevalecerán el certificado de miembro y las cláusulas adicionales. Algunos de los servicios sin cobertura son: cirugía estética, atención de custodia, la mayoría de los servicios de atención dental y los servicios cubiertos por la ley de compensación del trabajador. Para obtener una lista completa de las limitaciones y las exclusiones, consulta tu certificado de miembro y las cláusulas adicionales.



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, One Enterprise Drive, Quincy, MA 02171-2126; por teléfono al **1-800-472-2689 (TTY: 711)**; por fax al **1-617-246-3616**; o por correo electrónico a **civilrightscordinator@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](https://www.hhs.gov)**.

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 Idantifikasyon 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/العربية:

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

Mon-Khmer, Cambodian/ខ្មែរ: ការជូនដំណឹង: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសា ខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺអាចរកបានសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិកតាមលេខ នៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (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).

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 निःशुल्क 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 કોલ 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 شماره تلفن مندرج بروی 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'doowłgo éí ná'ahoot'i'. Díí bee anítahígí ninaaltsoos bine'déé' nóomba biká'ígíjij' béésh bee hodíílnih (TTY: 711).