

# BLUE CARE ELECT \$100 DEDUCTIBLE

City of Fitchburg

Deducible para el año del plan: \$100/\$300

## DESBLOQUEA EL PODER DE TU PLAN

MyBlue te brinda una imagen instantánea de tu plan:



COBERTURA Y  
BENEFICIOS



RECLAMOS Y  
SALDOS



TARJETA DE  
IDENTIFICACIÓN  
DIGITAL

**Iniciar sesión**

Descarga la aplicación o crea una cuenta en [bluecrossma.org](https://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 deducible

Tu deducible es la cantidad de dinero que pagas de desembolso directo cada año del plan antes de poder recibir cobertura para la mayoría de los 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. Tus deducibles son **\$100** por miembro (o **\$300** por familia) para servicios dentro de la red y **\$250** por miembro (o **\$500** por familia) para servicios fuera de la red.

## 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](http://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](http://bluecrossma.org)

## Cuando eliges proveedores no preferidos

También puedes obtener servicios cubiertos de proveedores no preferidos, pero tu costo de desembolso directo será más alto. 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 la descripción de tus beneficios. 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 pordeducible, copagos (incluso copagos por medicamentos con receta médica) y coseguro de servicios cubiertos. Tu desembolso directo máximo es **\$1,500** por miembro (o **\$3,000** por familia) para servicios dentro y fuera de la red combinados.

## 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). Pagas un copago por visita para los servicios en la sala de emergencias, dentro o fuera de la red. Este copago se anula si eres hospitalizado o permaneces en observación. 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](http://bluecrossma.org), consulte "Find a Doctor" (Buscar un médico) o llame al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación.

## 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 la descripción de tus beneficios 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 descripción de tus beneficios (y las cláusulas adicionales, si corresponde).

Servicios cubiertos	Tu costo dentro de la red	Tu costo fuera de la red
<b>Atención preventiva</b>		
Exámenes de control para niños sanos, incluidos los análisis de rutina, según el siguiente cronograma en función de la edad: • 10 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 de rutina	Ninguno, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Audífonos (hasta \$2,000 por oído cada 36 meses para miembros hasta los 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
<b>Atención para pacientes ambulatorios</b>		
Visitas a la sala de emergencias	\$100 por visita, sin deducible (se anula en caso de hospitalización o permanencia en observación)	\$100 por visita, sin deducible (se anula en caso de hospitalización o permanencia en observación)
Visitas al consultorio o centro médico, cuando son realizadas por: • Médico general o de familia, internista, médico obstetra o ginecólogo, pediatra, especialista geriátrico, enfermera obstétrica, enfermera especializada, clínica de servicios limitados, grupo de proveedores de múltiples especialidades o asistente médico o enfermero practicante que se designe como atención primaria • Otros proveedores cubiertos, incluido un asistente médico o un enfermero practicante que se designe como atención especializada	\$20 por visita, sin deducible  \$25 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible  20% de coseguro después del deducible
Tratamiento de salud mental o por consumo de sustancias	\$20 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Servicios de telesalud para pacientes ambulatorios con un proveedor cubierto	Igual que la visita en persona	Igual que la visita en persona
Visitas al consultorio de quiroprácticos	\$25 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Visitas de acupuntura (hasta 12 visitas por año calendario)	\$25 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Terapia de rehabilitación física y ocupacional de corto plazo (hasta 100 visitas por año calendario*)	\$25 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Tratamiento para los trastornos del habla, la audición y el lenguaje (terapia del habla)	\$25 por visita, sin deducible	20% de coseguro después del deducible
Radiografías de diagnóstico y análisis de laboratorio	Ninguno después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, tomografías por emisión de positrones y estudios cardíacos nucleares de diagnóstico por imágenes	\$20 por categoría por fecha de servicio después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención médica a domicilio y servicios de un centro de cuidados paliativos (para enfermos terminales)	Ninguno después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Oxígeno y equipo para su administración	Ninguno después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Equipo médico duradero—como sillas de ruedas, muletas, camas de hospital	20% de coseguro después del deducible**	40% de coseguro después del deducible**
Dispositivos protésicos	20% de coseguro después del deducible	40% de coseguro después del deducible
Cirugía y anestesia relacionada en un consultorio o centro médico, cuando son realizadas por: • Médico general o de familia, internista, médico obstetra o ginecólogo, pediatra, especialista geriátrico, enfermera obstétrica, grupo de proveedores de múltiples especialidades, o asistente médico o enfermero practicante que se designe como atención primaria • Otros proveedores cubiertos, incluido un asistente médico o un enfermero practicante que se designe como atención especializada	\$20 por visita***, sin deducible  \$25 por visita***, sin deducible	20% de coseguro después del deducible  20% de coseguro después del deducible
Cirugía y anestesia relacionada en un centro quirúrgico ambulatorio, en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital o unidad de atención quirúrgica de día	\$150 por hospitalización después del deducible	20% de coseguro después del deducible
<b>Atención de pacientes hospitalizados (incluida la atención por maternidad)</b>		
Atención hospitalaria en un hospital general o para enfermedades crónicas (tantos días como sea médicamente necesario)	\$500 por hospitalización después del deducible	20% 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)	\$500 por hospitalización después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención en un hospital de rehabilitación (hasta 60 días por año calendario)	Ninguno después del deducible	20% de coseguro después del deducible
Atención en un centro de enfermería especializada (hasta 100 días por año calendario)	Ninguno después del deducible	20% 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 (20% de coseguro después del deducible fuera de la red).

\*\*\* Se anula el copago para servicios dentales de restauración y tratamiento de ortodoncia o terapia para el manejo de prótesis para miembros menores de 18 años a fin de tratar afecciones de labio leporino y paladar hendido.

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

\* Generalmente, 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 el costo compartido para determinados medicamentos y suministros cubiertos.

\*\*\* Ciertos medicamentos genéricos están disponibles a través de farmacias con envío de medicamentos por correo por \$9. Para obtener más información, visita [bluecrossma.org/mail-order-pharmacy](http://bluecrossma.org/mail-order-pharmacy).

**Aprovecha tu plan al máximo: Visítanos en [bluecrossma.org](http://bluecrossma.org) o llama al 1-800-932-8323 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**  
(Consulta la descripción de tus beneficios para obtener detalles)

\$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** (Consulta la descripción de tus beneficios para obtener detalles)

\$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 1-800-932-8323, o visítanos en línea en [bluecrossma.org](http://bluecrossma.org).

Limitaciones y exclusiones. En estas páginas se resumen los beneficios de tu plan de atención médica. Tu descripción de beneficios y las cláusulas adicionales definen todos los términos y las condiciones de forma más detallada. Si surgiera alguna duda respecto de los beneficios, prevalecerán la descripción de beneficios 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 descripción de beneficios y las cláusulas adicionales. **Nota:** Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc. administra únicamente el pago de reclamos y no asume ningún riesgo financiero con respecto a los reclamos.



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**.

# 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 للسم 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'ígíjijí' béésh bee hodíílnih (TTY: 711).