Machine Translated by Google

O documento Resumo de Benefícios e Cobertura (SBC) ajudará você a escolher um plano de saúde. O SBC mostra como você e o plano dividiriam o custo dos serviços de saúde cobertos. NOTA: As informações sobre o custo deste plano (chamado de premium) serão fornecidas separadamente. Isto é apenas um resumo. Para obter mais informações sobre sua cobertura ou para obter uma cópia dos termos completos da cobertura, consulte **bluecrossma.org/coverage-info.** Para definições gerais de termos comuns, como valor permitido, cobrança de saldo, co-seguro, co-pagamento, franquia, provedor ou outros termos sublinhados, consulte o Glossário. Você pode ver o Glossário em **bluecrossma.org/sbcglossary** ou ligue para **1-800-262-BLUE (2583)** para solicitar uma cópia.

Perguntas importantes	Respostas	Por que isso é importante:
Qual é a franquia total?	Membro de US$ 1.000 / família de US$ 2.000.	Geralmente, você deve pagar todos os custos dos provedores até o valor da franquia antes que este plano comece a pagar. Se você tiver outros membros da família no plano, cada membro da família deve cumprir sua própria franquia individual até que o valor total das despesas dedutíveis pagas por todos os membros da família atenda à franquia familiar geral.
Existem serviços cobertos antes de você atingir sua franquia?	Sim. Cuidados preventivos, cuidados pré-natais, sala de emergência, medicamentos prescritos, a maioria das visitas ao consultório, serviços de saúde mental, transporte de emergência, cuidados de saúde domiciliares e serviços de cuidados paliativos.	Este plano cobre alguns itens e serviços, mesmo que você ainda não tenha cumprido o valor da franquia. Mas um co-pagamento ou co-seguro pode ser aplicado. Por exemplo, este plano cobre certos serviços preventivos sem compartilhamento de custos e antes de você cumprir sua franquia. Veja uma lista de serviços preventivos cobertos em https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Existem outras franquias para serviços específicos?	Não.	Você não precisa cumprir franquias para serviços específicos.
Qual é o limite de desembolso para este plano?	Para benefícios médicos, US$ 5.450 para membros/US$ 10.900 para famílias; e para benefícios de medicamentos prescritos, US$ 1.000 para membros/US$ 2.000 para famílias.	O limite de desembolso é o máximo que você poderia pagar em um ano pelos serviços cobertos. Se você tiver outros membros da família neste plano, eles deverão atingir seus próprios limites de desembolso até que o limite geral de desembolso da família seja atingido.
O que não está incluído no limite de desembolso?	Prêmios, cobranças de saldo e assistência médica que este plano não cobre cobrir.	Mesmo que você pague essas despesas, elas não contam para o limite de desembolso direto.
Você pagará menos se usar um provedor de rede?	Sim. Veja Este plano usa uma rede de provedor. Você pagará menos se usar um provedor da rede do plano. Você vai bluecrossma.com/findadoctor ou pagar mais se você usar um provedor fora da rede e poderá receber uma fatura de um provedor pela diferença entre a cobrança do provedor e o que seu plano paga (cobrança de saldo). Esteja ciente de que seu cartão de identificação para obter uma lista de provedores de rede pode usar um provedor fora da rede para alguns serviços (como trabalho de laboratório). Verifique os provedores com seu provedor antes de obter serviços.	
Você precisa de um encaminhamento para consultar um especialista?	Sim.	Este plano pagará alguns ou todos os custos para consultar um especialista para os serviços cobertos, mas somente se você tiver um encaminhamento antes de consultar o especialista.

Machine Translated by Google

Todos os custos **de copagamento** e **cosseguro** mostrados nesta tabela são após o pagamento de sua **franquia** , se uma **franquia** for aplicável.

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você visitar o consultório ou clínica de um profissional de saúde	Visita de cuidados primários para tratar uma lesão ou doença	$ 20 / visita	Não coberto	Isenção de participação nos custos para as duas primeiras visitas de PCP para diabéticos e/ou consultas de especialistas por ano civil; uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicável
	visita de especialista	$ 35 / visita; $ 35 / visita ao quiroprático; $ 35 / visita de acupuntura	Não coberto	Participação nos custos dispensada para os dois primeiros PCP diabético e/ou consultas especializadas por ano civil; limitado a 12 visitas de acupuntura por ano civil; um compartilhamento de custos de telessaúde pode ser aplicável
	Cuidados preventivos/triagem/imunização	Sem custo	Não coberto	exame ginecológico limitado a um exame por ano civil; uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicável. Você pode ter que pagar por serviços que não são preventivos. Pergunte ao seu provedor se os serviços necessários são preventivos. Em seguida, verifique o que seu plano pagará.
Se você tem um teste	Teste de diagnóstico (raio-x, exame de sangue)	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré-autorização necessária para determinados serviços
	Imagiologia (tomografia computadorizada/PET, ressonância magnética)	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré-autorização necessária para determinados serviços

Machine Translated by Google

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará o mínimo)	
Se você precisar de medicamentos para tratar sua doença ou condição Mais informações sobre **a cobertura de medicamentos prescritos** estão disponíveis em bluecrossma.org/medication	Medicamentos genéricos	$ 15 / fornecimento de varejo ou $ 30 ($ 15 para medicamentos de valor) / fornecimento de serviço de correio $ 30 /	Não coberto	Fornecimento de varejo de até 30 dias (serviço de correio de 90 dias); a participação nos custos pode ser dispensada para certos medicamentos e suprimentos cobertos; pré-autorização necessária para certos medicamentos
	Medicamentos de marca preferida	$ 60 ($ 30 para medicamentos de valor) / fornecimento de serviço	Não coberto	
	Medicamentos de marca não preferencial	$ 150 / fornecimento de varejo ou $ 150 / serviço de correio fornecer	Não coberto	
	medicamentos especiais	Compartilhamento de custo aplicável (genérico, preferencial, não preferencial)	Não coberto	Quando obtido em uma farmácia especializada designada; pré-autorização necessária para certos medicamentos
Se você tem cirurgia ambulatorial	Taxa de instalação (por exemplo, centro de cirurgia ambulatorial)	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré-autorização necessária para determinados serviços
	Honorários do médico/cirurgião	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré-autorização necessária para determinados serviços
Se você precisar de atenção médica imediata	Pronto Socorro	$ 150 / visita; franquia não aplicar	$ 150 / visita; franquia não aplicar	Copagamento dispensado se admitido ou para estadia em observação
	Transporte médico de emergência	Sem custo	Sem custo	Nenhum
	urgente qual	$ 35 / visita	$ 35 / visita	Cobertura fora da rede limitada a fora da área de serviço; uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicável

Machine Translated by Google

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você tem uma internação hospitalar	Taxa de instalação (por exemplo, quarto de hospital)	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré autorização / autorização necessária para determinados serviços
	Honorários do médico/cirurgião	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; pré autorização / autorização necessária para determinados serviços
Se você precisar de serviços de saúde mental, saúde comportamental ou abuso de substâncias	Serviços ambulatoriais	$ 20 / visita	Não coberto	Uma participação nos custos de telessaúde pode ser aplicável; pré-autorização necessária para
	Serviços de internação	Sem custo	Não coberto	determinados serviços Pré-autorização/ autorização necessária para
Se você está grávida	Visitas ao escritório	Sem custo	Não coberto	determinados serviços A franquia aplica-se primeiro a serviços de instalações de parto/parto; a partilha de custos não se aplica aos serviços preventivos; os cuidados de maternidade podem incluir exames e serviços descritos em outra parte do SBC (ou seja, ultrassom); uma parcela de custos de telessaúde pode ser aplicá
	Serviços profissionais de parto/parto	Sem custo	Não coberto	
	Serviços de instalação de parto/parto	Sem custo	Não coberto	

Machine Translated by Google

Evento Médico Comum	Serviços que você pode precisar	O que você vai pagar		Limitações, exceções e outros Informação importante
		Na rede (Você vai pagar o mais)	Fora da rede (Você pagará menos)	
Se você precisar de ajuda para se recuperar ou tiver outras necessidades especiais de saúde	Cuidados de saúde em casa	Sem custo	Não coberto	Pré-autorização necessária
	serviços de reabilitação	$ 35 / visita para serviços ambulatoriais; Sem custo para serviços de internação	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; limitado a 60 consultas ambulatoriais por ano civil (exceto para autismo, atendimento domiciliar de saúde e fonoaudiologia); limitado a 60 dias por ano civil para internações; uma parcela dos custos de telessaúde pode ser aplicável; pré-autorização necessária para determinados serviços
	serviços de habilitação	$ 35 / visita	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; limites de cobertura de terapia de reabilitação ambulatorial se aplicam; compartilhamento de custos e limites de cobertura dispensados para serviços de intervenção precoce para crianças qualificadas; uma parcela dos custos de telessaúde pode ser aplicável; pré-autorização necessária para determinados serviços
	cuidados de enfermagem qualificados	Sem custo	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; limitado a 100 dias por ano civil; pré autorização necessária
	Equipamento médico durável	20% de co-seguro	Não coberto	A franquia aplica-se primeiro; participação nos custos dispensada para uma bomba de mama por nascimento, incluindo suprimentos
	serviços de cuidados paliativos	Sem custo	Não coberto	Pré-autorização necessária para determinados serviços
Se seu filho precisa de cuidados dentários ou oftalmológicos	exame de vista infantil	Sem custo	Não coberto	Limitado a um exame a cada 24 meses
	Oculos infantil	Não coberto	Não coberto	Nenhum
	Check-up odontológico infantil	Gratuito para membros com fissura palatina/lábio leporino	Não coberto	Limitado a membros menores de 18 anos

Machine Translated by Google

Serviços excluídos e outros serviços cobertos: serviços

que seu plano geralmente NÃO cobre (verifique sua apólice ou documento do plano para obter mais informações e uma lista de quaisquer outros serviços excluídos.) • Óculos infantis •		
Cuidados prolongados • Cirurgia estética • Cuidados não emergenciais ao viajar fora do • Atendimento odontológico (Adulto)	NÓS	• Enfermagem privada

Outros serviços cobertos (Limitações podem ser aplicadas a esses serviços. Esta não é uma lista completa. Consulte o documento do seu plano.) • Acupuntura		
(12 visitas por ano civil) • Cirurgia bariátrica • Tratamento quiroprático • Aparelhos auditivos (US$ 2.000 por ouvido a cada 36 meses para associados com 21 anos ou menos)	• Tratamento de infertilidade • Cuidados oftalmológicos de rotina - adulto (um exame a cada 24 meses) • Cuidados rotineiros dos pés (somente para pacientes com doença circulatória sistêmica)	• Programas de perda de peso (US$ 150 por ano civil por política)

Machine Translated by Google

Seus direitos para continuar a cobertura: existem agências que podem ajudar se você quiser continuar sua cobertura após o término. As informações de contato dessas agências são: US Department of Labor, Employee Benefits Security Administration em 1-866-444-EBSA (3272) ou www.dol.gov/ebsa/healthreform e US Department of Health and Human Services em 1 -877-267-2323 x61565 ou www.cciio.cms.gov. O departamento de seguros do seu estado também pode ajudar. Se você for residente de Massachusetts, pode entrar em contato com a Divisão de Seguros de Massachusetts pelo telefone 1-877-563-4467 ou www.mass.gov/doi. Outras opções de cobertura também podem estar disponíveis para você, incluindo a compra de cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para obter mais informações sobre o Marketplace, visite www.HealthCare.gov ou ligue para 1-800-318-2596. Para obter mais informações sobre a possibilidade de comprar cobertura individual por meio de uma bolsa estadual, você pode entrar em contato com o mercado do seu estado, se aplicável. Se você for residente de Massachusetts, entre em contato com o Massachusetts Health Connector visitando www.mahealthconnector.org. Para obter mais informações sobre seus direitos de continuar com a cobertura do empregador, entre em contato com o patrocinador do plano. (Um patrocinador do plano geralmente é o empregador ou organização do membro que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro.)

Seus direitos de reclamação e apelação: Existem agências que podem ajudar se você tiver uma reclamação contra seu plano por uma recusa de uma reivindicação. Essa reclamação é chamada de reclamação ou apelação. Para obter mais informações sobre seus direitos, consulte a explicação dos benefícios que você receberá por essa reivindicação médica. Os documentos do seu plano também fornecem informações completas sobre como enviar uma reivindicação, apelação ou reclamação por qualquer motivo ao seu plano. Para obter mais informações sobre seus direitos, este aviso ou assistência, ligue para 1-800-472-2689 ou entre em contato com o patrocinador do seu plano. (Um patrocinador do plano geralmente é o empregador ou organização do membro que fornece cobertura de saúde em grupo para o membro.) Você também pode entrar em contato com o Escritório de Proteção ao Paciente em 1-800-436-7757 ou www.mass.gov/hpc/opp.

Este plano oferece Cobertura Essencial Mínima? Sim.

A Cobertura Essencial Mínima geralmente inclui planos, seguro saúde disponível no Marketplace ou outras apólices de mercado individuais, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE e outras coberturas específicas. Se você for elegível para certos tipos de Cobertura Essencial Mínima, você pode não ser elegível para o crédito de imposto premium.

Este plano atende aos Padrões de Valor Mínimo? Sim.

Se o seu plano não atender aos Padrões de Valor Mínimo, você pode se qualificar para um crédito de imposto premium para ajudá-lo a pagar por um plano por meio do Marketplace.

Isenção de responsabilidade: Este documento contém apenas uma descrição parcial dos benefícios, limitações, exclusões e outras disposições deste plano de saúde. Não é uma política. É apenas uma visão geral. Ele não fornece todos os detalhes desta cobertura, incluindo benefícios, exclusões e limitações da apólice. Caso haja discrepâncias entre este documento e a apólice, os termos e condições da apólice prevalecerão.

Para ver exemplos de como esse plano pode cobrir os custos de uma situação médica de amostra, consulte a próxima seção.

Machine Translated by Google

Sobre estes exemplos de cobertura:

Este não é um estimador de custos. Os tratamentos mostrados são apenas exemplos de como este plano pode cobrir cuidados médicos. Seus custos reais serão diferentes, dependendo dos cuidados reais que você recebe, dos preços cobrados pelos provedores e de muitos outros fatores. Foco nos valores de compartilhamento de custos (franquias, copagamentos e cosseguros) e serviços excluídos do plano. Use essas informações para comparar a parte dos custos que você pode pagar em diferentes planos de saúde. Observe que esses exemplos de cobertura são baseados apenas em cobertura própria.

Peg está tendo um bebê (9 meses de pré-natal na rede e um parto no hospital)

ÿ Franquia geral do plano ÿ Co-pagamento	**$ 1.000**
da taxa de entrega ÿ Co-	**$**
pagamento da taxa de	**0**
instalação ÿ Co-pagamento de testes de diagnóstico	**$ 0 $ 0**

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

Consultas especializadas *(pré-natal)*
Serviços profissionais de parto/parto
Serviços de parto/parto
Exames de diagnóstico *(ultrassonografias e exames de sangue)*
Consulta especializada *(anestesia)*

Custo Total de Exemplo	**$ 12.700**

Neste exemplo, Peg pagaria:

Compartilhamento de custos	
Franquias	$ 1.000
Copagamentos	$ 10
Cosseguro	$ 0
O que não está coberto	
Limites ou exclusões	$ 60
O total que Peg pagaria é	**$ 1.070**

Gerenciando o diabetes tipo 2 de Joe (um ano de cuidados de rotina na rede de uma condição bem controlada)

ÿ Franquia global do plano ÿ Co-pagamento	**$ 1.000**
por visita de especialista ÿ Co-	**$ 35**
pagamento por visita de cuidados	**$ 20**
primários ÿ Co-pagamento por exames de diagnóstico	**$ 0**

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

Visitas ao consultório do médico de cuidados primários *(incluindo educação sobre a doença)*
Testes de diagnóstico *(exames de sangue)*
Medicamentos prescritos
Equipamento médico durável *(medidor de glicose)*

Custo Total de Exemplo	**$ 5.600**

Neste exemplo, Joe pagaria:

Compartilhamento de custos	
Franquias	$ 100
Copagamentos	$ 1.200
Cosseguro	$ 0
O que não está coberto	
Limites ou exclusões	$ 20
O total que Joe pagaria é	**$ 1.320**

Fratura Simples de Mia (consulta de pronto-socorro dentro da rede e atendimento de acompanhamento)

ÿ Franquia global do plano ÿ Copagamento	**$ 1.000**
por visita de especialista ÿ	**$ 35**
Copagamento por pronto-socorro	**$ 150**
ÿ Copagamento por serviços de ambulância	**$ 0**

Este evento EXEMPLO inclui serviços como:

Atendimento de emergência *(incluindo suprimentos médicos)*
Exame de diagnóstico *(raio-x)*
Equipamento médico durável *(muletas)*
Serviços de reabilitação *(fisioterapia)*

Custo Total de Exemplo	**$ 2.800**

Neste exemplo, Mia pagaria:

Compartilhamento de custos	
Franquias	$ 400
Copagamentos	$ 200
Cosseguro	$ 0
O que não está coberto	
Limites ou exclusões	$
O total que Mia pagaria é	0 **$ 600**

O **plano** seria responsável pelos demais custos desses serviços cobertos pelo EXEMPLO.

® Marcas registradas da Blue Cross e Blue Shield Association. © 2023 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., ou Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.

Machine Translated by Google

MASSACHUSETTS

CONFORMIDADE MCC

Este plano de saúde atende aos Padrões Mínimos de Cobertura Creditável para residentes de Massachusetts que entraram em vigor em 1º de janeiro de 2014, como parte da Lei de Reforma do Sistema de Saúde de Massachusetts.

A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é uma licenciada independente da Blue Cross e da Blue Shield Association. ® Marcas Registradas da Blue Cross e Blue Shield Association.
© 2023 Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts, Inc., ou Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts HMO Blue, Inc.

Machine Translated by Google

MASSACHUSETTS

AVISO DE NÃO DISCRIMINAÇÃO

A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts cumpre as leis federais de direitos civis aplicáveis e não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero. Ele não exclui as pessoas ou as trata de maneira diferente por causa de raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero.

Blue Cross Blue Shield de Massachusetts fornece:

- Auxílios e serviços gratuitos para pessoas com deficiência se comunicarem efetivamente conosco, como intérpretes qualificados de linguagem de sinais e informações escritas em outros formatos (impressões grandes ou outros formatos).

- Serviços linguísticos gratuitos para pessoas cujo idioma principal não é o inglês, como intérpretes qualificados e informações escritas em outros idiomas.

Se precisar desses serviços, ligue para o Atendimento ao Membro no número que consta em seu cartão de identificação.

Se você acredita que a Blue Cross Blue Shield de Massachusetts falhou em fornecer esses serviços ou discriminou de outra forma com base em raça, cor, nacionalidade, idade, deficiência, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero, você pode registrar uma reclamação com o Coordenador de Direitos Civis pelo correio no Coordenador de Direitos Civis, Blue Cross Blue Shield de Massachusetts, One Enterprise Drive, Quincy, MA 02171-2126; telefone em **1-800-472-2689 (TTY: 711);** fax em **1-617-246-3616;** ou envie um e-mail para **civilrightscoordinator@bcbsma.com.**

Se precisar de ajuda para registrar uma reclamação, o Coordenador de Direitos Civis está disponível para ajudá-lo.

Você também pode registrar uma reclamação de direitos civis junto ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, Escritório de Direitos Civis, on-line em **ocrportal.hhs.gov;** por correio nos EUA Departamento de Saúde e Serviços Humanos, 200 Independence Avenue, SW Sala 509F, Edifício HHH, Washington, DC 20201; por telefone em **1-800-368-1019** ou **1-800-537-7697 (TDD).**

Os formulários de reclamação estão disponíveis em **hhs.gov.**

A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é uma licenciada independente da Blue Cross e da Blue Shield Association. ® Marcas Registradas da Blue Cross e Blue Shield Association. © 2023 Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts, Inc., ou Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts HMO Blue, Inc. 001651238

55-1487 (22/06)

Machine Translated by Google

Proficiência dos Serviços de Assistência Linguística

Espanhol/Español: ATENÇÃO: Se você fala espanhol, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para o número de Atendimento ao Cliente em seu cartão de identificação (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).

Chinês/chinês simplificado: Observação: se você fala chinês, podemos fornecer assistência linguística gratuita. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (número TTY: 711).

Crioulo haitiano/Crioulo haitiano: ATENÇÃO: Se você fala crioulo haitiano, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você gratuitamente. Ligue para o número dos Serviços para Membros no seu cartão de identificação (Serviço para Deficientes Auditivos TTY: 711).

Vietnamita/Vietnamita : OBSERVAÇÃO: Se você fala vietnamita, os serviços de assistência linguística são fornecidos gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: **711).**

Russo/Russo: ATENÇÃO: se você fala russo, pode usar os serviços gratuitos de intérprete. Ligue para o Atendimento ao Cliente no número do seu cartão de identificação (TTY: **711).**

Árabe: Atenção: Se você fala árabe, os serviços de assistência linguística são fornecidos gratuitamente para você. Ligue para os Serviços para membros no número em seu ID (TTY: 711).

Mon-Khmer, Cambojano / ÿÿÿÿÿ: ÿÿÿ ÿÿ ÿ ÿÿ: ÿÿÿ ÿ ÿ ÿÿÿ ÿÿÿÿ ÿÿÿÿÿ ÿÿ ÿÿÿÿÿÿÿ ÿ ÿ ÿ ÿ Vocabulário para o Governo Real do Camboja de acordo com sua biblioteca de serviço (TTY: 711).

Francês/Français: ATENÇÃO: Se você fala francês, os serviços de assistência linguística estão disponíveis gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número indicado no seu cartão de seguro (TTY: 711).

Italiano/Italiano: ATENÇÃO: se você fala italiano, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: 711).

Coreano/Coreano: ATENÇÃO: Se você fala coreano, serviços de assistência linguística, gratuitos, estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros usando o número de telefone em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Grego/Grego: ATENÇÃO: Se você fala grego, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você, Grego/Grego: ATENÇÃO: Se você fala grego, serviços de assistência linguística estão disponíveis para você, gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número do seu cartão de identificação gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros no número do seu cartão de identificação (TTY: **711).** (TTY: **711).**

Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é um licenciado independente da Blue Cross and Blue Shield Association

A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é uma licenciada independente da Blue Cross e da Blue Shield Association.

Machine Translated by Google

Polonês/Polonês: ATENÇÃO: As pessoas que falam polonês podem usar a assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços de Segurados no número em seu ID (TTY: **711).**

Hindi/ÿÿÿÿÿ: NOTA: Se você é um falante nativo, serviços de interpretação e interpretação estão disponíveis gratuitamente. O seu ID será enviado para os serviços para membros. Ligue para o número no cartão (td.td.wy.: 711).

Gujarati/Gujarati: Observação: se você fala Gujarati, tem acesso aos serviços de suporte ao pânico. Ligue para o Serviço de Atendimento ao Membro no número fornecido em seu cartão de identificação Tamaya (TTY: 711).

Tagalog/Tagalog: AVISO: Se você fala o idioma tagalo, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Ligue para os Serviços para Membros no número que consta no seu cartão de identificação (TTY: 711).

Japonês/Japonês: Aviso: Para aqueles que falam japonês, um serviço gratuito de assistência linguística está disponível. Ligue para os Serviços para Membros usando o número de telefone em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Alemão/Deutsch: ATENÇÃO: Se você fala alemão, o suporte para idiomas estrangeiros está disponível gratuitamente. Ligue para os Serviços para Membros usando o número do seu cartão de identificação (TTY: 711).

:Persa Nota: Se o seu idioma for farsi, os serviços de assistência linguística serão fornecidos gratuitamente. Ligue para os Serviços para membros no número de telefone listado em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Língua Lao/Lao: Devo prestar atenção: aprenda a língua Lao, aprenda como aprender a língua da língua Lao. Ligue para o número de telefone para obter o número de telefone na sua área (TTY: 711). Navajo/Diné Bizaad: BAA !KOHWIINDZIN DOO&G&: Din4 k'ehj7 y1n7[t'i'go saad bee y1t'i' 47 t'11j77k'e bee n7k1'a'doowo[go 47 n1'ahoot'i '. D77 bee an7tah7g7 ninaaltsoos bine'd44' n0omba bik1'7g7ij8' b44sh bee hod77lnih (TTY: 711).

A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é uma licenciada independente da Blue Cross e da Blue Shield Association. ® Marcas Registradas da Blue Cross e Blue Shield Association. © 2016 Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts, Inc., e Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts HMO Blue, Inc.
A Blue Cross Blue Shield de Massachusetts é uma licenciada independente da Blue Cross e da Blue Shield Association. ® Marcas Registradas da Blue Cross e Blue Shield Association.
164711MB 55-1493 (8/16) © 2023 Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts, Inc., ou Blue Cross e Blue Shield de Massachusetts HMO Blue, Inc. 00165183