

ESQUEMA DE BENEFICIOS:

BMC HealthNet Plan

GOLD

Un plan de salud cualificado y plan Employer Choice Direct



RED DE PROVEEDORES: Red Select del QHP

Este esquema de beneficios proporciona un resumen de sus beneficios y *costo compartido del miembro*. También le indica el nombre de su *red de proveedores* (consulte más atrás). Asegúrese de leer la Evidencia de Cobertura (EOC) del BMC HealthNet Plan para obtener una descripción completa de sus beneficios, incluidas las exclusiones, y otras *disposiciones del plan*. Todos los servicios cubiertos deben ser *una necesidad médica* y algunos requieren autorización previa. Siempre verifique con su proveedor para averiguar si se ha obtenido la autorización previa necesaria. Si alguna de las condiciones en este resumen difiere de las de su EOC, se aplican los términos de su EOC. Las palabras en cursiva de este esquema de beneficios se definen en su EOC. Para obtener más información acerca de sus beneficios y para encontrar *proveedores de la red de servicios*, diríjase a www.bmchp.org o llame a Servicios al Miembro al 1-855-833-8120.

BMCHP-GLD2020ver.1

| Deducible (por año de beneficios) | Monto |
|---|---|
| Por cada <i>miembro individual</i> | \$1000 (Servicio médico) |
| | \$50 (Odontología pediátrica: únicamente servicios Tipo II y Tipo III) |
| Por familia | \$2000 (Servicio médico) |
| Máximo de desembolso directo (OOPM) (por año de | Monto |
| Por cada <i>miembro individual</i> | \$5000 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica y radiografía) |
| | *\$350 (Odontología pediátrica, si es aplicable, cuenta para el OOPM individual y familiar) |
| Por familia | \$10,000 (incluye servicios médicos, odontología pediátrica y radiografía) |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|--|---|--|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados | Atención hospitalaria intensiva para <i>pacientes hospitalizados</i> para servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad. Consulte también “Cobertura del recién nacido”, más adelante. | \$500 <i>de copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> |
| | Atención extendida en hospital de enfermedades crónicas. | \$500 <i>de copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|--|---|--|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| | Atención extendida en un hospital de rehabilitación. <i>Límite del beneficio:</i> limitado a 60 días por año de beneficios. | \$500 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> |
| | Atención extendida en un centro de enfermería especializada. <i>Límite del beneficio:</i> limitado a 100 días por año de beneficios. | \$500 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> |
| | Salud mental y abuso de sustancias:+ admisión como <i>paciente hospitalizado</i> a un hospital general o de salud mental, o centro de abuso de sustancias. | \$500 de <i>copago</i> por admisión después del <i>deducible</i> |
| Aborto | | \$250 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> |
| Servicios para alergias | Pruebas y tratamiento. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| | Pruebas de laboratorio. | Consulte Pruebas de laboratorio, más adelante. |
| | Inyecciones contra alergias. | \$10 por inyección |
| Ambulancia | Ambulancia cubierta. | Nada después del <i>deducible</i> |
| Servicios para trastornos del espectro autista+ | <ul style="list-style-type: none"> • Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i>. • <i>Rehabilitación para</i> pacientes ambulatorios (visitas de terapia física, ocupacional, del habla y trabajo social), cuando sea una <i>necesidad médica</i>. • Pruebas de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico. • Servicios de habilitación. | Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados. |
| Rehabilitación cardíaca | Servicios para <i>pacientes ambulatorios</i> . | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Quimioterapia y radioterapia | Servicios para <i>pacientes ambulatorios</i> . | Nada después del <i>deducible</i> |
| Atención de quiropráctico | Visitas al consultorio de pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de tratamiento médico de apoyo y manipulación de la columna vertebral. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| | Pruebas de laboratorio y radiografías para pacientes ambulatorios. | Consulte pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas. |
| Servicios de diálisis | Servicios para <i>pacientes</i> | Nada después del <i>deducible</i> |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|---|--|---|
| <p>Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información.</p> | | |
| Equipo médico duradero, prótesis, dispositivos ortopédicos, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteína++ | <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero. • Prótesis. • Dispositivos ortopédicos. • Suministros médicos. • Fórmulas médicas. • Pelucas (prótesis capilar): <ul style="list-style-type: none"> ○ No se aplica <i>coseguro</i>. • Alimentos bajos en proteínas. • Suministros para ostomía. • Oxígeno y equipo respiratorio. | 20% de <i>coaseguro</i> después del <i>deducible</i> |
| Servicios de intervención temprana | Para un <i>hijo</i> elegible hasta los | Nada |
| Servicios de emergencia | Visitas a la sala de emergencias | \$150 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> Si lo admiten como paciente hospitalizado inmediatamente después de que le proporcionaron servicios de <i>emergencia</i> : <ul style="list-style-type: none"> • El <i>copago</i> de sus <i>servicios de emergencia</i> está eximido; y • si lo admiten en un hospital que <i>no pertenece a la red</i> de servicios, usted o una persona que actúe por usted deben llamar al <i>plan</i> dentro de los 2 siguientes días hábiles. Si obtiene servicios de <i>emergencia</i> de un proveedor que no pertenece a la red, el plan pagará hasta el <i>monto permitido</i> . |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|--|---|---|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| Servicios y dispositivos de habilitación. | Terapia física y ocupacional ambulatoria, así como dispositivos de habilitación médicamente necesarios. <u>Límite de beneficios:</u> limitado a 60 visitas combinadas por <i>año de beneficios</i> . (El límite de <i>beneficios</i> no se aplica a estos servicios cuando se proporcionan a los <i>miembros</i> con trastorno del espectro autista o cuando se reciben servicios de intervención temprana). | \$45 de <i>copago</i> por visita \$45 de <i>copago</i> por visita para miembros con trastorno de espectro de autismo. 20 % de <i>coaseguro</i> después del <i>deducible</i> para dispositivos |
| Audífonos para niños | Para un <i>hijo</i> elegible, de 21 años o menor <ul style="list-style-type: none"> <u>Límite del beneficio:</u> cubiertos por un audífono de hasta dos mil dólares (\$2000) cada 36 meses por oído afectado. | 20% de <i>coaseguro</i> después del <i>deducible</i> |
| | Exámenes y evaluaciones del audífono | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| | Servicios y suministros relacionados con el audífono | 20% de <i>coaseguro</i> después del <i>deducible</i> |
| Exámenes de audición | Exámenes y evaluaciones de PCP. | \$25 de <i>copago</i> por visita |
| | Exámenes y evaluaciones de | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Atención médica en el hogar | Programa de atención en el hogar. | Nada después del <i>deducible</i> |
| Servicios de cuidados paliativos | Servicios de cuidados paliativos para una enfermedad terminal. | Nada después del <i>deducible</i> |
| Servicios para la infertilidad | <i>Para pacientes hospitalizados, cirugía ambulatoria; laboratorio y radiografías; visitas ambulatorias al consultorio; y medicamentos recetados.</i> | Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados. |
| Pruebas de laboratorio, radiología y otros procedimientos de diagnóstico para pacientes ambulatorios (Servicios de diagnóstico no | Pruebas de laboratorio de diagnóstico (incluye pruebas de antígenos leucocitarios humanos [HLA]). | \$25 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> |
| | Radiografías. | \$25 de <i>copago</i> después del <i>deducible</i> |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|--|---|---|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| rutinarios) | Diagnóstico por imágenes de alta tecnología: CT/CTA, MRI, MRA, PET y NCI/NPI (diagnóstico por imágenes cardíacas nucleares). | \$200 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> |
| Tratamiento del síndrome de lipodistrofia | Tratamiento médico o farmacológico, como la cirugía reconstructiva (por ejemplo, lipectomía por succión asistida) | Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados. |
| | Otros procedimientos de restauración, incluidas las inyecciones dérmicas o de relleno. | Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados. |
| Terapia antibiótica de largo plazo para la enfermedad de Lyme | Visita al consultorio del Proveedor de atención primaria (PCP). | \$25 de <i>copago</i> por visita |
| | Visita al consultorio de un especialista. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Servicios de maternidad | Visitas prenatales de rutina al consultorio para pacientes ambulatorios. | Nada |
| | Visitas posparto al consultorio para pacientes ambulatorios. | Nada |
| Fórmulas médicas | Fórmulas entéricas con y sin receta médica. | Consulte Equipo médico duradero |
| Suministros médicos | Incluye suministros de ostomía, traqueostomía y oxígeno; y suministros para bombas de insulina. | Consulte Equipo médico duradero |
| Salud mental y tratamiento por abuso de sustancias: pacientes ambulatorios+ | Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios</i> . | \$25 de <i>copago</i> por visita |
| | Tratamiento asistido con medicación (MAT) y servicios asociados para la dependencia de opioides Nota: consulte la sección de medicamentos de venta con receta para conocer los detalles de los medicamentos. | Nada Los servicios de tratamiento asistido sin medicamentos proporcionados durante el mismo encuentro que las visitas de tratamiento asistido con medicamentos (incluido, pero sin limitarse a, asesoramiento y pruebas de detección de drogas) pueden estar sujetos a costos compartidos. |
| Orientación nutricional | Visitas al consultorio de un dietista registrado para <i>pacientes ambulatorios</i> . | Nada |

| Servicios cubiertos | | Su costo (costo compartido) |
|--|---|---|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| Servicios de observación | | \$150 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> Si se le admite en estado de observación desde la sala de emergencias, se exime el <i>copago</i> de |
| Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios para atención médica (para evaluar y tratar una enfermedad o lesión) | Visita al consultorio del Proveedor de atención primaria (PCP) . | \$25 de <i>copago</i> por visita |
| | Visita al consultorio de un especialista. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Cirugía para pacientes ambulatorios | Cirugía ambulatoria en un hospital o cirugía en un ambiente ambulatorio. (Incluye colonoscopías de diagnóstico y endoscopias). | \$250 de <i>copago</i> por visita después del <i>deducible</i> |
| Odontología pediátrica++++ (18 años y menores) | Servicios Tipo I: prevención y diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación integral (una vez por dentista y por ubicación) • Exámenes orales periódicos (dos veces por ubicación del dentista cada 12 meses) • Evaluación oral limitada (dos por año calendario por paciente) • Evaluación oral para menores de 3 años • Radiografía de la boca completa (una vez por ubicación del dentista cada 36 meses) • Radiografía panorámica (una vez por ubicación del dentista cada 36 meses) • Radiografías de aleta de mordida (dos por ubicación del dentista cada 12 meses) • Radiografía de un solo diente (cuando sea necesario) • Limpieza dental (dos veces cada 12 meses) • Tratamientos con flúor (una vez cada 3 meses) • Retenedores de espacio (cubierto) • Selladores (una vez por diente por ubicación del dentista cada 26 meses) | Nada |

Servicios cubiertos**Su costo (*costo compartido*)**

Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa.

Consulte su EOC para obtener más información.

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Servicios Tipo II: servicios básicos cubiertos</p> <ul style="list-style-type: none">• Reparación de amalgama (una vez por diente por superficie cada 12 meses)• Reparaciones de resinas compuestas (una vez por diente por superficie cada 12 meses)• Recementación de coronas y recubrimientos (cubierto)• Rebase de dentaduras postizas (una vez cada 24 meses)• Endodoncia en dientes permanentes (una vez por diente)• Coronas de acero inoxidable prefabricadas (cuatro por paciente por día)• Raspado y alisado radicular (una vez por cuadrante cada 24 meses)• Extracciones simples (cubiertas).• Extracciones quirúrgicas (cubiertas).• Pulpotomía vital (limitada a los dientes deciduos)• Apicectomía (una vez por diente permanente por única vez)• Cuidados paliativos• Anestesia (permitido con un procedimiento quirúrgico cubierto) | 25 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> |
| | <p>Servicios Tipo III: servicios restaurativos importantes</p> <ul style="list-style-type: none">• Corona, resina (una vez por diente dentro de los 60 meses)• Coronas de porcelana/cerámica (una vez en un plazo de 60 meses) | 50 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> |

| Servicios cubiertos | | Su costo (costo compartido) |
|--|---|--|
| <p>Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información.</p> | | |
| | <p>Servicios Tipo IV: ortodoncia (una vez en la vida)</p> <p>(Cubierto solo cuando es médicamente necesario; el paciente debe tener una maloclusión grave y discapacitante como se define en la puntuación del índice de desviaciones labio-linguales invalidantes [HLD] de 28 o uno o más autocalificadores, requiere autorización previa)</p> | 50 % de <i>coseguro</i> |
| Oftalmología pediátrica (18 años y menores) | <ul style="list-style-type: none"> • Anteojos tradicionales*: un par por año calendario • Monturas tradicionales*: cubiertas una vez por año calendario • Lentes de contacto: cubiertos una vez por año calendario, en lugar de los anteojos | 20 % de <i>coseguro</i> después del <i>deducible</i> |
| Servicios de podología | Cuidado no rutinario de los pies. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| | Pruebas de laboratorio y radiografías para <i>pacientes ambulatorios</i> . | Consulte pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas. |
| | Cuidado de rutina de los pies para personas con diabetes. | Nada |
| Medicamentos recetados^{AAA} De una farmacia minorista de la red: (suministro de hasta 30 días) | Nivel 1 | \$20 de <i>copago</i> |
| | Nivel 2 | \$40 de <i>copago</i> |
| | Nivel 3 | \$60 de <i>copago</i> |
| Medicamentos recetados^{AAA} De una farmacia de servicios por correo: (suministro de hasta 90 días) | Nivel 1 | \$40 de <i>copago</i> |
| | Nivel 2 | \$80 de <i>copago</i> |
| | Nivel 3 | \$180 de <i>copago</i> |
| Medicamentos con receta^{AAA} para tratamiento asistido con medicación (MAT) y servicios asociados para la dependencia de opioides | Medicamentos genéricos aprobados por la FDA | \$0 de <i>copago</i> |
| | Medicamentos de marca aprobados por la FDA | \$0 de <i>copago</i> |
| | Antagonistas opioides (por ejemplo Narcan) | \$0 de <i>copago</i> |
| <p>Nota: usted no paga por (1) anticonceptivos orales y otras formas de anticonceptivos con receta médica; (2) medicamentos orales contra el cáncer; (3) estatinas; (4) artículos para dejar de fumar; ni (5) aspirina.</p> | | |

Servicios cubiertos**Su costo (*costo compartido*)**

Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa.

Consulte su EOC para obtener más información.

| Servicios de salud preventivos | Servicios de salud preventivos | Nada |
|---|--|-------------|
| <p>El <i>plan</i> cubre ciertos servicios de salud preventivos sin costo compartido, definido como servicios para prevenir cualquier enfermedad o lesión, en lugar de diagnosticar o tratar una queja o síntoma sin <i>costo compartido</i>, de acuerdo con los lineamientos de las políticas médicas del <i>plan</i> y la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA). Si desea obtener más información acerca de cuáles servicios preventivos están incluidos, consulte la sección Servicios de salud preventivos en esta EOC y visite el sitio web del <i>plan</i> en www.bmchp.org o el sitio web del gobierno federal en https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.</p> | <p>Servicios de salud preventivos para niños:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes físicos en intervalos específicos desde el nacimiento hasta los 6 años.• Examen anual (6 años o mayor).• Vacunas preventivas.• Pruebas preventivas.• Pruebas y exámenes de la audición (incluye pruebas de detección de audición del recién nacido)• Exámenes de la vista preventivo (un examen por <i>miembro</i> cada 12 meses). <p>Servicios de salud preventivos para adultos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen físico anual.• Vacunas preventivas.• Pruebas y procedimientos de evaluación preventivos (incluye colonoscopías de detección).• Examen y pruebas de audición preventivas.• Exámenes de la vista preventivo (un examen por <i>miembro</i> cada 24 meses). <p>Servicios de salud preventivos para mujeres, incluidas mujeres embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes ginecológicos anuales, incluido Papanicolaou de detección.• Cuidado prenatal de rutina, incluida una visita posparto.• Mamografías de detección.• Procedimientos de esterilización voluntaria.• Extractores de leche y suministros relacionados.• Planificación familiar. | |

| Servicios cubiertos | | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
|---|--|--|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | | |
| Dispositivos prostéticos | Incluye pelucas (prótesis capilar) para la pérdida de cabello debido al tratamiento de cáncer o leucemia. | Consulte Equipo médico duradero |
| Terapias de rehabilitación | Terapia física y ocupacional de corto plazo para <i>pacientes ambulatorios</i> . <i>Límite de beneficios:</i> limitado a 60 visitas combinadas por <i>año de beneficios</i> . (El <i>límite de beneficios</i> no se aplica a estos servicios cuando se proporcionan a los <i>miembros</i> con trastorno del espectro autista o cuando se reciben servicios de intervención temprana). | \$45 de <i>copago</i> por visita \$45 de <i>copago</i> por visita para miembros con trastorno de espectro de autismo. |
| | Terapia auditiva y pulmonar. | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Segundas opiniones | <i>Segundas y terceras opiniones para pacientes ambulatorios</i> | Consulte Visitas al consultorio para recibir atención médica para pacientes ambulatorios |
| Servicios de terapia del habla y del lenguaje y para trastornos de la audición (no hay límites aparte de que sean <i>médicamente necesarios</i>) | Visitas al consultorio para <i>pacientes ambulatorios para recibir atención médica</i> . | Consulte Visitas al consultorio para recibir atención médica para pacientes ambulatorios |
| | Terapia del habla para <i>pacientes</i> | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| | Pruebas de diagnóstico para <i>pacientes ambulatorios</i> . | Consulte pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas. |
| Tratamiento del trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ) | Radiografías, servicios de cirugía, terapia física o servicios de atención médica para <i>pacientes ambulatorios</i> . | Usted paga el <i>costo compartido</i> aplicable a los servicios prestados. |
| Atención médica de urgencia | | \$45 de <i>copago</i> por visita |
| Servicios de la vista | Exámenes de la vista y tratamiento (para tratar o diagnosticar una afección médica del ojo). Exámenes de la vista preventivos: consulte "Servicios de salud preventivos" arriba. | \$45 de <i>copago</i> por visita |

| Servicios cubiertos | |
|--|---|
| Nota sobre la autorización previa: algunos servicios requieren autorización previa. Consulte su EOC para obtener más información. | |
| | Su costo (<i>costo compartido</i>) |
| Servicios adicionales para miembros+++ | <p>Reembolso de acondicionamiento físico</p> <ul style="list-style-type: none"> Reembolso del 25 % de membresía anual de las cuotas en un club de salud que califique limitado a un <i>miembro</i> por familia por año calendario. <p>Weight Watchers®</p> <ul style="list-style-type: none"> Reembolso del 25 % de los cargos para ciertos programas de Weight Watchers® limitado a un <i>miembro</i> por familia por año calendario. <p>Descuento en anteojos para adultos</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted debe utilizar un proveedor de servicios de la vista (VSP): 20 % del precio de venta al por menor de juegos completos de anteojos, monturas y lentes con receta médica. 15 % de descuento en los honorarios profesionales por la evaluación y ajuste de lentes de contacto con receta médica. |
| Incentivos para miembros | <p>Programa de Incentivo para personas con diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> Los miembros con diabetes recibirán una tarjeta de regalo de \$25 por completar lo siguiente dentro de un año calendario (o año del plan para los miembros inscritos a través de un grupo de empleadores). <ul style="list-style-type: none"> Visita al PCP Exámenes de la vista Una prueba hemoglobina glicosilada (HbA1c) Prueba de la función renal |
| Cobertura del recién nacido | <p>Cobertura de gastos de enfermería de rutina para recién nacidos y atención de bienestar del recién nacido.</p> <p>Los recién nacidos deben estar inscritos en el <i>plan</i> dentro de los siguientes 30 días después de la fecha de nacimiento para que el <i>plan</i> cubra otros servicios <i>médicamente necesarios</i> prestados al recién nacido.</p> |

Nota: mientras recibe ciertos servicios para *pacientes ambulatorios* (que pueden o no estar sujetos a *costo compartido*), también puede recibir otros *servicios cubiertos* que requieran *costo compartido* separado. (Por ejemplo, durante una visita a una consulta de servicios de salud preventivos, *sin costo compartido*, usted puede recibir una prueba de laboratorio que requiere *costo compartido*).

▣ Los planes de salud calificados se ofrecen a través de MA Health Connector. Los planes Employer Choice Direct se ofrecen directamente de BMC HealthNet Plan a las empresas de Massachusetts.

▣▣ La Red QHP Select del BMC HealthNet Plan puede contener diferentes *proveedores* de los que están en las *redes de proveedores* del *plan*. Cuando busque *proveedores de la red* en nuestro sitio web, asegúrese de buscar en la Red Select del QHP del BMC HealthNet Plan.

▣▣▣ El *plan* tiene un contrato con EnvisionRx Options para administrar los beneficios de medicamentos recetados para *miembros*. Para localizar las *farmacias de la red de servicios*, diríjase a nuestro sitio web www.bmchp.org o llame a EnvisionRx Options al 1-800-361-4542.

+ El *plan* tiene un contrato con *Beacon Health Strategies, LLC (Beacon)* para administrar todos los servicios de salud mental y de abuso de sustancias para los *miembros*. Para localizar a un *proveedor de la red* de salud mental o servicios de abuso de sustancias, visite nuestro sitio web www.bmchp.org o llame a Beacon al 1-877-957-5600.

++ El *plan* tiene un contrato con Northwood, Inc. para administrar la mayoría del equipo médico duradero, prótesis, aparatos ortopédicos, suministros médicos, fórmulas médicas y alimentos bajos en proteína. Comuníquese con Servicios al Miembro del *plan* para obtener más información.

+++ Consulte su EOC para obtener información adicional acerca de cómo tener acceso a estos servicios adicionales para miembros, o visite www.bmchp.org.

++++ El plan tiene un contrato con Delta Dental para administrar todos los servicios odontológicos pediátricos cubiertos para los miembros elegibles. Si necesita asistencia llame a Delta Dental al 1-844-260-6097.

*Los lentes convencionales se definen en el Federal Vision Insurance Plan como lentes monofocales, bifocales con línea, trifocales con línea, lentes de

crystal o de plástico lenticulares, todas las graduaciones, tintados moda y gradientes, revestimiento de protección ultravioleta, lentes de sol con receta de mayor tamaño y de color gris espejo n.º 3. Los lentes de policarbonato están cubiertos para niños, pacientes con visión monocular y pacientes con receta mayor o igual a +/- 6.00 dioptrías. Todos los lentes incluyen recubrimiento resistente a rasguños.

Aviso para los miembros indígenas americanos y nativos de Alaska (AI/AN):

De acuerdo con la ley federal, es posible que pueda inscribirse en un plan QHP que no tenga costo compartido o tenga costos compartidos limitados. Dependiendo de sus ingresos, es posible que no tenga copagos, deducibles o coseguros cuando reciba servicios de un proveedor de salud indígena o tribal, o cuando su proveedor de de salud indígena o tribal lo refiera a otro proveedor. Massachusetts Health Connector determinará su elegibilidad para este beneficio cuando usted presente su solicitud de QHP. Además de verificar sus ingresos, Massachusetts Health Connector también puede pedirle la documentación para comprobar su estado AI/AN. Si usted califica, Massachusetts Health Connector nos enviará su información para que podamos compartirla con nuestros proveedores. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con Massachusetts Health Connector o con el Servicios para Miembros al 855-833-8120.



Este plan de salud **cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable** y cumplirá el requerimiento individual de que usted tenga seguro médico.

REQUERIMIENTO DE MASSACHUSETTS DE ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO: A partir del 1 de enero de 2009, la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts exige que los residentes de Massachusetts, de dieciocho (18) años de edad o mayores, deben tener cobertura de salud que cumpla con los estándares de cobertura mínima acreditable establecidos por Commonwealth Health Insurance Connector, a menos que sea exonerado del requisito de seguro médico basado en capacidad financiera o dificultades económicas individuales. Para obtener más información comuníquese con Connector al 1-877-MA-ENROLL o visite el sitio web de Connector (www.mahealthconnector.org).

Estándares de cobertura mínima acreditable. Este plan de salud cumple con los estándares de cobertura mínima acreditable vigentes a partir del 1 de enero de 2020, como parte de la Ley de Reforma de Atención Médica de Massachusetts. Si usted compra este plan, cumplirá el requisito legal de tener un seguro médico que cumpla con dichos estándares.

ESTA DIVULGACIÓN ES PARA LOS ESTÁNDARES DE COBERTURA MÍNIMA ACREDITABLE QUE ESTÁN VIGENTES A PARTIR DEL 1 de enero del 2020. DEBIDO A QUE ESTOS ESTÁNDARES PUEDEN CAMBIAR, REVISE CADA AÑO EL MATERIAL DE SU PLAN DE SALUD PARA DETERMINAR SI SU PLAN CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES MÁS RECIENTES.

Si tiene alguna pregunta relacionada con este aviso se puede comunicar con la División de Seguros al (617) 521-7794 o puede visitar su sitio web en www.mass.gov/doi.

If you, or someone you are helping, have questions about BMC HealthNet Plan, you have the right to get help and information in your language at no cost. **1-855-833-8120 (TTY: 711)**.

إن كان لديك أو لدى شخص تساعده أسئلة بخصوص BMC HealthNet Plan، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (ARA)

រប័យគ្នា : បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា :

ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. ។ (CAM)

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 BMC HealthNet Plan 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 在此插入數字 **1-855-833-8120 (TTY: 711)**。(CH)

Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de BMC HealthNet Plan, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (FR)

જો તમે અથવા તમે કોઇને મદદ કરી રહ્યાં તેમ ઇથી કોઇને BMC HealthNet Plan વધિ પ્રશ્નો હોર તો તમને મદદ અને મહત્તી મેળવિનો અવકાશ છે. તે ખરૂય વનિ તમ રી ભ ષ મ િ પ્ર પ્ત કરી શક ર છે. દ ભ વષરો તિ કરમિ ટે.આ **1-855-833-8120 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. (GUJ)

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan BMC HealthNet Plan, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (HC)

यदि आपके ,या आप द्वारा सहायता ककर जा रहे ककसी व्यक्ति के BMC HealthNet Plan के बारे में प्रश्न हैं ,तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी भिु षषए से बात करने के लिए , **1-855-833-8120 (TTY: 711)** पर कॉ करें। (HIN)

만약 귀하 또 = 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 BMC HealthNet Plan 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 **1-855-833-8120 (TTY: 711)** 로 전화하십시오. (KO)

Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz ,macie pytania odnośnie BMC HealthNet Plan, masz prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (POL)

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o BMC HealthNet Plan, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (PORT)

Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу BMC HealthNet Plan, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (RUS)

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de BMC HealthNet Plan, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (SP)

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về BMC HealthNet Plan, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi **1-855-833-8120 (TTY: 711)**. (VIET)

Important! This material can be requested in an accessible format by calling 1-855-833-8120 (TTY: 711).

Aviso sobre la Declaración de no discriminación y requisitos de accesibilidad y no discriminación: la discriminación es ilegal

Boston Medical Center HealthNet Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Boston Medical Center HealthNet Plan no excluye a personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Boston Medical Center HealthNet Plan:

- Proporciona ayuda gratuita y servicios a personas con discapacidades para comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios gratuitos para personas cuyo idioma primario no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, contáctese con Boston Medical Center HealthNet Plan.

Si considera que Boston Medical Center HealthNet Plan no ha prestado esos servicios o que lo ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129
Número de teléfono: 1-855-833-8120 (TTY 711)
Fax: 1-617-897-0805

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Boston Medical Center HealthNet Plan está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de la Oficina para Quejas de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

