

TU GUÍA A TRAVÉS DE LA INSCRIPCIÓN ABIERTA

Todo lo que necesitas para tomar una
decisión informada para ti y tu familia.

Elige tus opciones de beneficios durante la inscripción abierta:

Del 3 al 14 de noviembre de 2025

bluecrossma.org/associate

ÍNDICE

Lo que debes saber para 2026	3
Beneficios de bienestar	4
Las opciones de tu plan	8
• Blue Care Elect Saver (PPO) con Health Savings Account (HSA) (Cuenta de Ahorros para la Salud)	
• Network Blue® New England (HMO) con Health reimbursement arrangement (HRA) (Convenio de reembolso de gastos médicos)	
• Escenarios de costos de beneficios	
Opciones de cobertura de salud integral	16
• Dental Blue®	
• Blue 20/20 PLUS, proporcionado por EyeMed Vision Care®	
• Seguro de vida y discapacidad a largo plazo	
Próximos pasos y apoyo	19
Glosario	20
Notas	21



LO QUE DEBES SABER PARA 2026

Estamos aquí para guiarte durante tu proceso de toma de decisiones de inscripción abierta. ¿El primer paso? Asegurarte de comprender completamente tus opciones y las novedades de este año.

¿QUÉ CAMBIA?

Ofrecemos los mismos dos planes médicos: Blue Care Elect Saver (PPO) y Network Blue New England (HMO). Sin embargo, hay algunos cambios significativos este año.



HMO cerrado para nuevos afiliados

Si actualmente no estás inscrito en el plan HMO para 2025, no podrás elegirlo para 2026. Aquellos que ya están inscritos en el plan HMO pueden continuar usándolo o cambiar su cobertura.



Aumentos de costos en ambos planes

Esto incluye primas y costos de atención para ambos planes, y el deducible del plan PPO. Hemos agregado más rangos salariales a nuestros diseños de planes para ayudar a distribuir estos costos en aumento de manera más equitativa.



Cambios en las cuentas financieras de salud

Blue Cross ahora financiará la health savings account (HSA) (cuenta de ahorros para la salud) que se combina con el plan PPO. Esto será dos veces al año: la mitad del monto total de la contribución en enero y el resto en julio.



BENEFICIOS DE BIENESTAR DISEÑADOS PARA TU CAMINO

Tienes acceso al mismo excelente paquete de beneficios este año (¡y un poco más!). Todo está diseñado para ayudarte a estar lo más saludable posible: física, emocional, financiera y socialmente.

ASPECTOS DESTACADOS EN 2026



Nueva oferta de control de peso

En 2026, los medicamentos GLP-1 para la pérdida de peso ya no estarán cubiertos, pero aún tendrás acceso a apoyo que te ayudará a sentirte lo mejor posible, incluido un nuevo beneficio de Teladoc Health® (anteriormente Livongo®), una compañía independiente. Con este programa sin costo, obtendrás:

- Una balanza inteligente que se enviará a tu hogar
- Contenido personalizado para controlar la alimentación, la actividad y los registros de peso
- Asesoramiento especializado y dedicado

[MÁS INFORMACIÓN >](#)



Atención, apoyo y asesoramiento familiar

Bright Horizons™, una compañía independiente, está aquí para ti y tu familia con una variedad de beneficios subsidiados y sin costo, como los siguientes:

- Apoyo experto para encontrar atención para un niño o un ser querido adulto
- Apoyo educativo, que incluye tutorías y orientación para solicitudes universitarias
- Cuidado subsidiado de mascotas a través de Rover o Wag

[MÁS INFORMACIÓN >](#)



Orientación financiera sin costo

Llama o chatea individualmente con un planificador financiero certificado de Financial Finesse, una compañía independiente. Responderá tus preguntas y te ayudará a tomar decisiones informadas. Llama al **1-833-224-5233**, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

[EMPIEZA AHORA >](#)



Cuentas financieras de salud

Estas cuentas con ventajas impositivas te ayudan a ahorrar y pagar gastos calificados. Lo que está cubierto depende de la cuenta específica, así que asegúrate de elegir aquellas que se adapten a tus necesidades.

[MÁS INFORMACIÓN >](#)

Aprovecha al máximo tus beneficios

Y aún hay mucho más. Puedes aprovechar más de 20 beneficios de bienestar como estos. Para verlos todos, conéctate a la VPN y visita la página de bienestar en Blueweb.

[OBTÉN LA LISTA COMPLETA >](#)



CONOCE TUS OPCIONES DE PLAN MÉDICO

Comparemos tus opciones de planes. Ambos planes cubren completamente el cuidado preventivo dentro de la red,¹ pero hay muchas diferencias. Recuerda que solo los asociados que están actualmente inscritos en el plan HMO pueden elegirlo para 2026.

BLUE CARE ELECT SAVER (PPO)



Disponible para todos los asociados, independientemente de la cobertura existente.



Incluye nuestra red nacional sin necesidad de un proveedor de cuidado primario (PCP) ni de referencias.



Menor costo por cheque de pago.



Se factura el 100% de los cargos hasta alcanzar el deducible, excepto en el caso de cuidado preventivo.



Inscripción automática en una health savings account (HSA) (cuenta de ahorros para la salud) financiada por Blue Cross.

NETWORK BLUE NEW ENGLAND (HMO)



Solo disponible para asociados actualmente inscritos en este plan.



Incluye HMO Blue New England Network y se necesitan un proveedor de cuidado primario (PCP) y referencias para consultar a especialistas.



Mayor costo por cheque de pago.



Copago solo para la mayoría de los servicios médicos y para los medicamentos recetados.



Inscripción automática en un health reimbursement arrangement (HRA) (convenio de reembolso de gastos médicos) financiado por Blue Cross.

TE AYUDAREMOS A PAGAR TU DEDUCIBLE

Con cada plan, obtienes una cuenta financiera de salud en la que Blue Cross deposita dinero. Puedes usar estos fondos para ayudar a pagar los costos elegibles antes de pagar tu deducible, por lo que gastarás dinero que contribuya Blue Cross en lugar del tuyo. Después de restarle el monto de la contribución a tu deducible total, te queda tu deducible neto.

A continuación se describe cómo funciona este proceso:

Pat elige la PPO y necesita cobertura familiar, por lo que su deducible es de \$3,700. Debido a que su salario básico anualizado es inferior a \$80,000, Blue Cross contribuye \$2,450 a su HSA. Al restarle la contribución al monto de su deducible, Pat se quedó con un deducible neto de \$1,250.

COMPARACIÓN DE COSTOS DE PLANES MÉDICOS

Contribuciones de salario¹

El monto que pagas por cheque de pago para la cobertura varía según tu salario básico anualizado² y el tipo de cobertura.

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Menos de \$80,000	Individual: \$36.85 Individual + adulto: \$75.54 Individual + hijo / hijos: \$67.40 Familiar: \$112.07	Individual: \$64.70 Individual + adulto: \$131.48 Individual + hijo / hijos: \$117.45 Familiar: \$194.33
De \$80,000 a \$139,999	Individual: \$56.83 Individual + adulto: \$115.49 Individual + hijo / hijos: \$103.16 Familiar: \$170.70	Individual: \$91.29 Individual + adulto: \$184.66 Individual + hijo / hijos: \$165.04 Familiar: \$272.35
\$140,000 o más	Individual: \$59.13 Individual + adulto: \$120.09 Individual + hijo / hijos: \$107.28 Familiar: \$177.45	Individual: \$93.89 Individual + adulto: \$189.85 Individual + hijo / hijos: \$169.68 Familiar: \$279.97
Equipo de administración ejecutiva	Individual: \$147.46 Individual + adulto: \$313.30 Individual + hijo / hijos: \$278.35 Familiar: \$471.91	Individual: \$166.58 Individual + adulto: \$353.92 Individual + hijo / hijos: \$314.44 Familiar: \$533.10

Otros costos del plan

Estos costos son los mismos para todos los rangos salariales, pero son diferentes para los planes individuales en comparación con otros tipos de cobertura.

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Deducible	Individual: \$1,850 Otro: \$3,700	Individual: \$1,350 Otro: \$2,700
Desembolso directo máximo	Individual: \$5,000 Otro: \$10,000	Individual: \$3,000 Otro: \$6,000
Contribuciones de Blue Cross para salario básico anualizado inferior a \$80,000	Contribuciones a la HSA Individual: \$1,225 Otro: \$2,450	Contribuciones a la HRA Individual: \$400 Individual + adulto: \$800 Individual + hijo / hijos: \$800 / \$1,000 Familiar: \$1,000
Contribuciones de Blue Cross para todos los demás salarios básicos anualizados	Contribuciones a la HSA Individual: \$850 Otro: \$1,700	Contribuciones a la HRA Individual: \$400 Individual + adulto: \$800 Individual + hijo / hijos: \$800 / \$1,000 Familiar: \$1,000



MEJORA DE BENEFICIOS: ORIENTACIÓN DE EXPERTOS

Consejo: Con tu permiso, los expertos de Financial Finesse pueden revisar tu historial de reclamos y tus finanzas para ayudar a determinar qué beneficios son adecuados para ti.

[MÁS INFORMACIÓN >](#)

COSTOS DE SERVICIOS MÉDICOS

Revisa las tablas a continuación para comparar los costos de los servicios cubiertos comunes en cada opción de plan médico.

Coseguro / copagos

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Tu costo	Primero debes alcanzar el monto del deducible; luego pagarás un coseguro del 20% (cuando sea necesario).	Copagos de \$35 a \$150 (servicios específicos sujetos al deducible)

Plan médico

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Cuidado preventivo	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible
Sala de emergencias (ER)	Deducible, luego copago de \$150 ³	Copago de \$150, sin deducible ³
Atención de urgencia	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible
Visita al proveedor de cuidado primario	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible
Visita a un especialista	Deducible, luego coseguro	\$45 de copago, sin deducible ⁴

Atención hospitalaria

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Pacientes hospitalizados / ambulatorios	Deducible, luego coseguro ^{3,4}	Deducible, luego \$0 ³

Pruebas

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Estudios de diagnóstico (radiografías, análisis de laboratorio)	Deducible, luego coseguro	Deducible, luego \$0
Pruebas de diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, estudios de resonancia magnética)	Deducible, luego coseguro ^{4,5}	Deducible, luego copago de \$75 ^{4,5}

Trastorno de la salud mental o por abuso de sustancias

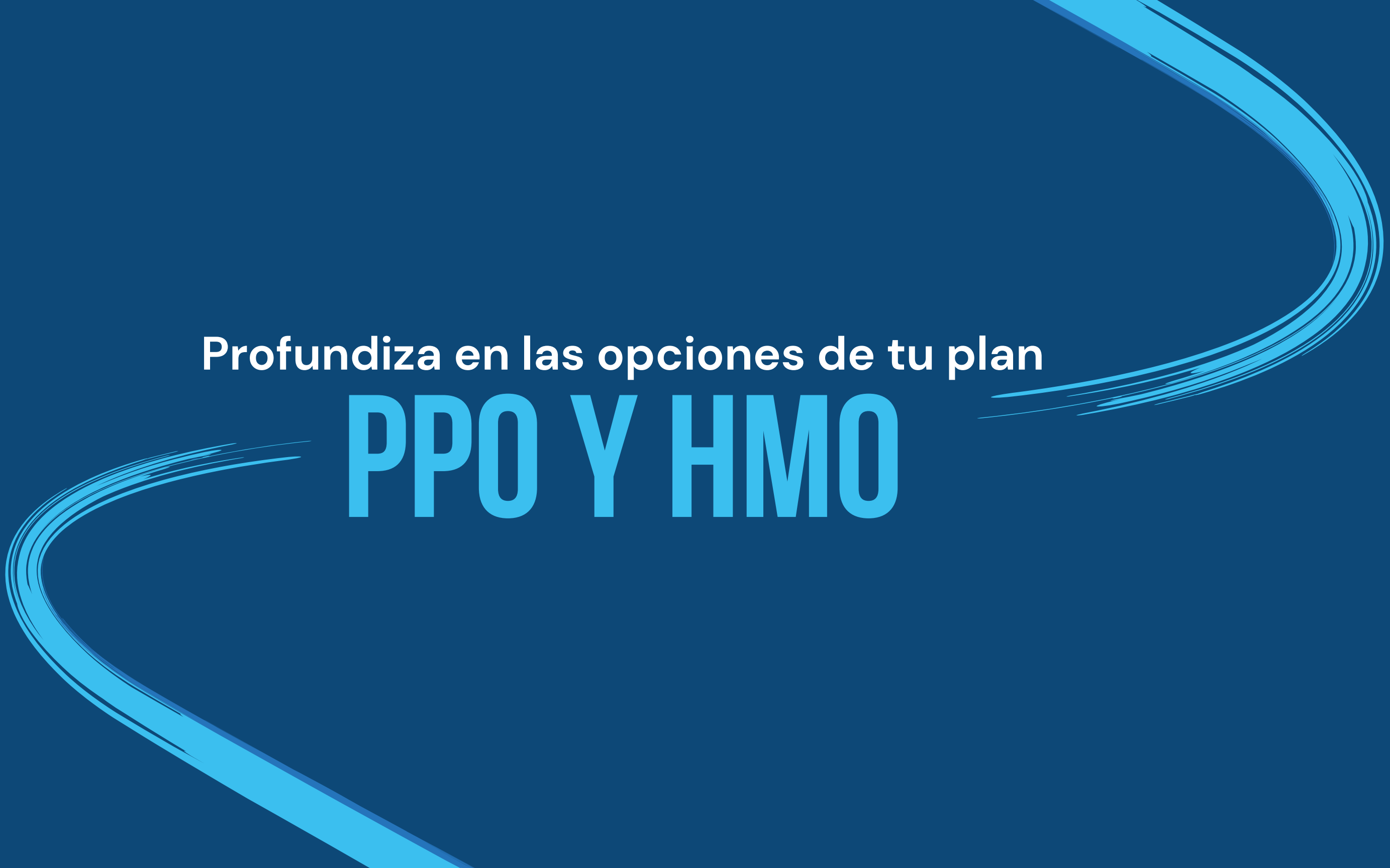
	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Paciente hospitalizado	Deducible, luego coseguro ⁴	Deducible, luego \$0 ⁴
Paciente ambulatorio	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible

Atención del embarazo

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Prenatal	\$0, sin deducible	\$0, sin deducible
Postnatal	Deducible, luego coseguro	\$0, sin deducible
Paciente hospitalizado (incluido el parto)	Deducible, luego coseguro	Deducible, luego \$0

Telesalud

	Blue Care Elect Saver (PPO)	Network Blue New England (HMO)
Atención médica menos compleja	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible
Terapia	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible
Psiquiatría	Deducible, luego coseguro	Copago de \$35, sin deducible

A large, light blue brushstroke graphic that curves from the top right towards the bottom left, framing the central text.

Profundiza en las opciones de tu plan

PPO Y HMO



DETALLES DEL PLAN PPO

BLUE CARE ELECT SAVER

LO QUE DEBES SABER



Tu cuidado

- No estás obligado a elegir un PCP ni a obtener referencias.
- El cuidado preventivo dentro de la red está cubierto al 100%.¹
- Obtienes acceso a nuestra red nacional de proveedores.



Sus costos

- Tiene un costo más bajo por cheque de pago, pero un deducible más alto, en comparación con el plan HMO.
- Se te inscribirá automáticamente en una HSA, a la que Blue Cross contribuye en enero y julio.
- Puedes elegir inscribirte en una FSA para propósitos limitados y el cuidado de dependientes.



Si no estabas inscrito en el plan HMO en 2025, esta es la única opción de plan patrocinada por Blue Cross que puedes elegir para 2026.

COSTOS DEL PLAN PPO

Contribuciones de salario²

El monto que pagas por cheque de pago para la cobertura varía según tu salario básico anualizado³ y el tipo de cobertura.

	Menos de \$80,000	De \$80,000 a \$139,999	De \$140,000 o más	Equipo de administración ejecutiva
Individual	\$36.85	\$56.83	\$59.13	\$147.46
Individual + adulto	\$75.54	\$115.49	\$120.09	\$313.30
Individual + hijo / hijos	\$67.40	\$103.16	\$107.28	\$278.35
Familiar	\$112.07	\$170.70	\$177.45	\$471.91

Otros costos del plan

Estos costos, y el monto que Blue Cross contribuye a tu HSA, son los mismos para todos los rangos salariales, pero son diferentes para los planes individuales en comparación con otros tipos de cobertura.

	Deducible ⁴	Desembolso directo máximo
Individual	\$1,850	\$5,000
Todos los demás tipos de cobertura	\$3,700	\$10,000

COSTOS DE FARMACIA

Los costos de farmacia son los mismos para todos los rangos salariales y tipos de cobertura.

	Farmacia minorista (suministro para 1 mes)	Farmacia de pedidos por correo (suministro para 3 meses)
Nivel 1 (medicamentos genéricos) ^{5, 6}	Deducible y, luego, \$10 de copago	Deducible y, luego, \$20 de copago
Nivel 2 (medicamentos de marca) ^{5, 6}	Deducible y, luego, \$25 de copago	Deducible y, luego, \$50 de copago
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Deducible y, luego, \$45 de copago	Deducible y, luego, \$135 de copago

CÓMO FUNCIONAN LOS PAGOS CON TU PLAN PPO

Fase 1

Antes de alcanzar el deducible

\$

Pagas la totalidad de todos los servicios hasta alcanzar tu deducible, excepto la atención preventiva, que está cubierta al 100% de inmediato.¹ Tu HSA, con contribuciones de Blue Cross, puede ayudar a pagar estos costos.

Fase 2

Después de alcanzar el deducible

\$

+

🛡️

Tú y Blue Cross comienzan a compartir costos. Para la mayoría de los servicios cubiertos, deberás un coseguro del 20% mientras que Blue Cross cubre el resto del costo.

Fase 3

Después de alcanzar el desembolso directo máximo

+

🛡️

No debes ninguno. Blue Cross paga el 100% del costo de los gastos elegibles dentro de la red durante el resto del año.

¿Tienes otros miembros de la familia cubiertos por tu plan?

Con este plan, tú y tu familia alcanzan el deducible familiar como grupo. Una vez que tus gastos combinados como familia alcancen el monto del deducible, Blue Cross comenzará a compartir los costos de la atención de todos.



MEJORA DE BENEFICIOS: AHORROS ADICIONALES

Consejo: La HSA ofrece una triple ventaja impositiva. Puedes contribuir dinero a la cuenta, invertirlo y usarlo para gastos médicos calificados, sin impuestos.

[MÁS INFORMACIÓN >](#)



ASPECTOS QUE DEBES CONSIDERAR

Después de alcanzar el deducible:

- En virtud de este plan, se te factura el 100% de los cargos hasta alcanzar el deducible. Los fondos de tu HSA, incluidas las contribuciones de Blue Cross, pueden usarse para pagar los costos.
- El plan tiene un deducible y un desembolso directo máximo más altos, pero estos aumentos se compensan con un costo más bajo por salario y al usar tu HSA para gastos médicos.
- Si eliges una FSA de propósito limitado para 2026, cualquier fondo no utilizado de hasta \$660 de tu FSA de propósito limitado o de atención médica de 2025 se transferirá y estará disponible para usarlo en 2026.

CUENTAS FINANCIERAS PARA EL PLAN PPO

	Health Savings Account (HSA) (Cuenta de Ahorros para la Salud) ⁷	FSA de propósito limitado	FSA para atención de dependientes
¿Cómo se financia esto?	Blue Cross te inscribe automáticamente en una HSA y aporta un monto fijo. Tienes la opción de aportar fondos personales adicionales.	Tienes la opción de inscribirte y puedes contribuir fondos personales hasta el límite anual.	Tienes la opción de inscribirte y puedes contribuir fondos personales hasta el límite anual.
Contribuciones de Blue Cross ⁸ para salario básico anualizado < \$80,000	Individual: \$1,225 Otro: \$2,450 Los dependientes no fiscales, como las parejas domésticas, no son elegibles.	Ninguno	Ninguno
Contribuciones de Blue Cross ⁸ para todos los demás salarios básicos anualizados	Individual: \$850 Otro: \$1,700 Los dependientes no fiscales, como las parejas domésticas, no son elegibles.	Ninguno	Ninguno
Límites de contribuciones personales para salario básico anualizado < \$80,000 (opcional)	Individual: \$3,175 Otro: \$6,300	Se estima que será de \$3,400, pero está sujeto a cambios pendientes de ajustes del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).	\$7,500 por grupo familiar o \$3,750 si estás casado pero presentas una declaración por separado
Límites de contribuciones personales para todos los demás salarios básicos anualizados (opcional)	Individual: \$3,550 Otro: \$7,050	Se estima que será de \$3,400, pero está sujeto a cambios pendientes de ajustes del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS).	\$7,500 por grupo familiar o \$3,750 si estás casado pero presentas una declaración por separado
¿Para quién puedo usar este dinero? ⁹	Tú, tu cónyuge y tus dependientes fiscales (incluidos los hijos de hasta 19 años o 24 años si son estudiantes de tiempo completo), estén o no inscritos en el plan.	Tú, tu cónyuge y tus dependientes fiscales (incluidos los hijos de hasta 26 años), estén o no inscritos en el plan.	Tu hijo menor de 13 años, un cónyuge discapacitado o un adulto dependiente, estén o no inscritos en el plan.
¿Para qué puedo usar este dinero? ¹⁰	Todos los gastos médicos, dentales, de la vista y de medicamentos con receta médica elegibles que ocurran ahora ¹² o en el futuro.	Todos los gastos dentales y de la vista elegibles en el año del plan. ¹²	Gastos de cuidado infantil y cuidado diurno para adultos mientras tú y tu cónyuge trabajan o asisten a la escuela. ⁹
¿Qué sucede con el saldo de mi cuenta al final del año?	Tu saldo no utilizado se transfiere de un año a otro y puede crecer libre de impuestos con intereses o invertirse.	Algunos de tus fondos no utilizados pueden transferirse, según las elecciones de tu cuenta. Hasta \$660 del saldo no utilizado de tu FSA de propósito limitado o de atención médica de 2025 se transferirá si eliges esta cuenta para 2026.	Tu saldo no utilizado no se transferirá.
¿Qué sucede con mi cuenta si dejo Blue Cross?	El dinero es tuyo; puedes conservarlo y ahorrarlo para gastos futuros, incluso durante la jubilación.	Se cierra tu cuenta. Puedes presentar reclamos hasta 90 días después de la fecha de finalización por los servicios recibidos mientras trabajabas en Blue Cross.	Se cierra tu cuenta. Puedes presentar reclamos hasta 90 días después de la fecha de finalización por los servicios recibidos mientras trabajabas en Blue Cross.

DETALLES DEL PLAN HMO

NETWORK BLUE NEW ENGLAND

LO QUE DEBES SABER



Tu cuidado

- Debes elegir un PCP.
- Se necesitan referencias para ver a especialistas.
- El cuidado preventivo dentro de la red está cubierto al 100%.¹
- Solo se cubre el cuidado recibido de proveedores de nuestra red de New England.



Sus costos

- Tiene un costo más alto por cheque de pago, pero un deducible más bajo, en comparación con el plan PPO.
- Debes solo un copago para la mayoría de los servicios médicos y la compra de medicamentos con receta médica.
- Se te inscribirá automáticamente en una HRA que Blue Cross financia.
- Puedes elegir inscribirte en una FSA para cuidado médico y el cuidado de dependientes.



Solo los miembros que estaban inscritos en este plan en 2025 pueden elegirlo para su cobertura en 2026.



COSTOS DEL PLAN HMO

Contribuciones de salario²

El monto que pagas por cheque de pago para la cobertura varía según tu salario básico anualizado³ y el tipo de cobertura.

	Menos de \$80,000	De \$80,000 a \$139,999	De \$140,000 o más	Equipo de administración ejecutiva
Individual	\$64.70	\$91.29	\$93.89	\$166.58
Individual + adulto	\$131.48	\$184.66	\$189.85	\$353.92
Individual + hijo / hijos	\$117.45	\$165.04	\$169.68	\$314.44
Familiar	\$194.33	\$272.35	\$279.97	\$533.10

Otros costos del plan

Estos costos son los mismos para todos los rangos salariales, pero son diferentes para los planes individuales en comparación con otros tipos de cobertura.

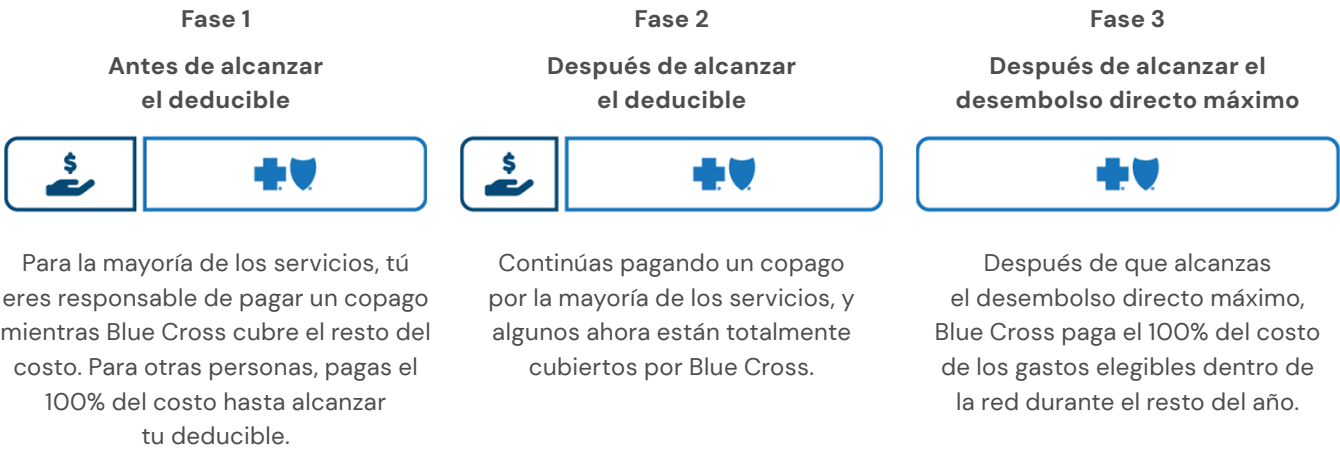
	Deducible	Desembolso directo máximo
Individual	\$1,350	\$3,000
Todos los demás tipos de cobertura	\$2,700	\$6,000

COSTOS DE FARMACIA

Los costos de farmacia son los mismos para todos los rangos salariales y tipos de cobertura.

	Farmacia minorista (suministro para 1 mes)	Farmacia de pedidos por correo (suministro para 3 meses)
Nivel 1 (medicamentos genéricos) ^{4, 5}	Copago de \$15, sin deducible	Copago de \$30, sin deducible
Nivel 2 (medicamentos de marca) ^{4, 5}	Copago de \$30, sin deducible	Copago de \$60, sin deducible
Nivel 3 (medicamentos de marca no preferidos)	Copago de \$50, sin deducible	Copago de \$150, sin deducible

CÓMO FUNCIONAN LOS PAGOS CON TU PLAN HMO





ASPECTOS QUE DEBES CONSIDERAR

- Tu médico de atención primaria es tu principal fuente de servicios de atención médica. Si consultas a otro proveedor o especialista, deberás obtener una referencia de tu médico de atención primaria para que tu plan cubra el servicio. Asegúrate de actualizar el número de identificación de tu médico de atención primaria con Servicios para Empleados para evitar demoras en el pago de reclamos. Llama al **1-800-238-6616** o envía un correo electrónico a EmployeeServices@bcbsma.com.
- El plan tiene un costo más alto por cheque de pago, pero se compensa con un deducible y un desembolso directo máximo más bajos. Se combina con una cuenta de HRA que puede utilizarse para pagar gastos médicos y de medicamentos con receta médica elegibles.
- Tienes la opción de elegir una FSA para atención médica que pueda utilizarse para gastos médicos, de medicamentos con receta médica, dentales y de la vista elegibles.
- Si eliges una FSA de atención médica para 2026, se transferirán hasta \$660 de fondos no utilizados de tu saldo de 2025 y estarán disponibles para usarlos en 2026.

CUENTAS FINANCIERAS PARA EL PLAN HMO

	Health reimbursement arrangement (HRA) (convenio de reembolso de gastos médicos)	FSA para cuidado médico	FSA para cuidado médico de dependientes
¿Cómo se financia esto?	Blue Cross te inscribe automáticamente en una cuenta de HRA y aporta un monto fijo.	Tienes la opción de inscribirte y puedes contribuir fondos personales hasta el límite anual.	Tienes la opción de inscribirte y puedes contribuir fondos personales hasta el límite anual.
Contribuciones de Blue Cross	Individual: \$400 Individual + adulto: \$800 Individual + hijo / hijos: \$800 / \$1,000 Familiar: \$1,000	Ninguno	Ninguno
Límite de contribuciones personales	No se permiten contribuciones individuales	Se estima que será de \$3,400, pero está sujeto a cambios pendientes de confirmación del Servicio de Impuestos Internos (IRS).	\$7,500 por grupo familiar o \$3,750 si estás casado pero presentas una declaración por separado
¿Para quién puedo usar este dinero? ⁶	Tú, tu cónyuge y cualquier dependiente fiscal cubierto inscrito en el plan.	Tú, tu cónyuge y tus dependientes fiscales (incluidos los hijos de hasta 26 años), estén o no inscritos en el plan.	Tus hijos menores de 13 años, un cónyuge discapacitado o un adulto dependiente, estén o no inscritos en el plan.
¿Para qué puedo usar este dinero?	Todos los gastos médicos y de medicamentos con receta médica elegibles ^{7,8} en el año del plan, ⁹	Todos los gastos médicos, dentales, de la vista y de medicamentos con receta médica elegibles ^{7,8} en el año del plan. ⁹	Gastos de cuidado infantil y cuidado diurno para adultos mientras tú y tu cónyuge trabajan o asisten a la escuela.
¿Qué sucede con el saldo de mi cuenta al final del año?	Tu saldo no utilizado se pierde y no se transfiere al año siguiente.	Algunos de tus fondos no utilizados pueden transferirse, según las elecciones de tu cuenta. Hasta \$660 del saldo no utilizado de tu FSA de atención médica de 2025 se transferirá si eliges esta cuenta para 2026.	Tu saldo no utilizado no se transferirá.
¿Qué sucede con mi cuenta si dejo Blue Cross?	Se cierra tu cuenta. Puedes presentar reclamos hasta 90 días después de la fecha de finalización por los servicios recibidos mientras trabajabas en Blue Cross.	Se cierra tu cuenta. Puedes presentar reclamos hasta 90 días después de la fecha de finalización por los servicios recibidos mientras trabajabas en Blue Cross.	Se cierra tu cuenta. Puedes presentar reclamos hasta 90 días después de la fecha de finalización por los servicios recibidos mientras trabajabas en Blue Cross.



NUESTROS PLANES EN ACCIÓN

Este es un ejemplo hipotético que utiliza un plan PPO y un plan HMO en una situación cotidiana.

Sam tiene dolor de garganta y programa una cita con su proveedor de cuidado primario. Después de un examen y análisis de sangre, el proveedor le diagnostica a Sam faringitis estreptocócica y le receta un antibiótico.

SI TIENE EL PLAN PPO:

1. Sam no paga nada en el momento de su visita.
2. Sam recoge el medicamento en la farmacia y paga \$50 usando los fondos de su HSA. Paga el precio total del medicamento porque aún no ha alcanzado el deducible.
3. Más tarde, Sam recibe dos facturas: \$200 por la visita al proveedor y \$150 por el análisis de laboratorio. También los paga con su HSA. Estos gastos se aplican a su deducible.

Después de alcanzar el deducible, esta situación cambia:

- El plan de Sam cubre el 80% de los costos elegibles, por lo que Sam paga \$40 por visitar a su médico de atención primaria, no \$200, y \$30 por los análisis de laboratorio, en lugar de \$150.
- Sam ahora paga el copago máximo de medicamentos con receta médica genéricos para su medicamento, que es de \$10.

Después de que Sam alcanza el desembolso directo máximo, se cubren todos los costos médicos elegibles dentro de la red.

Diferencias clave con respecto al plan HMO:

- Sam gasta más por adelantado en servicios y tiene un deducible más alto, pero paga menos por cheque de pago.
- Blue Cross contribuye más a la HSA de Sam, en comparación con la HRA del plan HMO. Además, el dinero restante no utilizado al final del año del plan se transfiere al año siguiente, con un posible crecimiento debido a intereses o reinversión.

SI TIENE EL PLAN HMO:

1. Sam paga un copago de \$35 por la visita, usando los fondos de su HRA.
2. Sam recoge el medicamento en la farmacia y paga \$15 usando los fondos de su HRA.
3. Más tarde, Sam recibe una factura de \$150 por los análisis de laboratorio. Dado que no ha alcanzado su deducible, usa el dinero de su HRA para pagar. El pago se aplica a su deducible.

Después de alcanzar el deducible, esta situación cambia:

- Sam aún paga el copago de \$35 para ver a su médico de atención primaria, pero ya no paga los análisis de laboratorio.
- Los costos de los medicamentos con receta médica siguen siendo los mismos.

Después de que Sam alcanza el desembolso directo máximo, se cubren todos los costos médicos elegibles dentro de la red.

Diferencias clave con respecto al plan HMO:

- Sam gasta menos por adelantado en ciertos servicios y tiene un deducible más bajo, pero paga más por cheque de pago.
- Recibe una contribución menor de Blue Cross a su HRA, en comparación con la HSA del plan PPO, y no puede contribuir sus propios fondos.

OPCIONES DE COBERTURA

de salud integral



DENTALBLUE®

Disfruta de los mismos grandes beneficios que el año pasado, con acceso a más del 93% de los dentistas en ejercicio en Massachusetts, así como a más de 520,000 ubicaciones de proveedores en todo el país.

Dental Blue proporciona cobertura completa para niños menores de 13 años, sin costos y sin deducible para servicios dentales cubiertos hasta el máximo de beneficios por año calendario. Se aplican costos y deducibles para los servicios de ortodoncia.

Cobertura

Cuidado preventivo y de diagnóstico: cobertura al 100%

- Ejemplo: controles odontológicos periódicos

Restauraciones básicas: cobertura al 80%

- Ejemplos: empastes, tratamientos de conducto, extracciones

Restauraciones importantes: cobertura al 50%

- Ejemplos: recubrimientos, coronas

Ortodoncia (adultos y niños): 100% (máximo de por vida de \$1,500)

- Ejemplos: aparatos dentales, retenedores

Deducible para restauración básica y mayor: \$50 por miembro o \$150 por familia

Beneficio máximo por año calendario: \$1,500 por miembro

Contribuciones de salario ¹

Individual: \$5.70

Individual + adulto: \$11.57

Individual + hijo / hijos: \$11.57

Familiar: \$16.71



Recordatorio sobre las limpiezas dentales de rutina

Con este plan, no estás limitado a una limpieza dental de rutina cada seis meses. En su lugar, recibes dos controles por año, que incluyen limpiezas, para que puedas recibir atención cuando la necesites.

BLUE20/20 PLUS

Obtén una excelente cobertura con ahorros en todo, desde exámenes de la vista hasta anteojos y lentes de contacto, además de beneficios mejorados para niños menores de 19 años sin costo adicional.

Cobertura

Los miembros disfrutan de un copago de \$0 por exámenes, más beneficios adicionales, que incluyen lo siguiente:

- Ahorros en un segundo par de anteojos, anteojos de sol sin receta, corrección de la vista con láser, suministros para el cuidado de la vista y más.
- Una asignación adicional de \$50 para marcos cuando visites a un proveedor de PLUS, sin restricciones de marca
- Más flexibilidad y opciones al recibir atención de la vista, con fácil acceso a miles de proveedores de PLUS.

Contribuciones de salario ¹

Individual: \$3.05

Individual + adulto: \$5.49

Individual + hijo / hijos: \$5.49

Familiar: \$8.55

Cobertura para menores de 19 años

Para asegurarse de que los niños reciban el cuidado de la vista que necesitan, Blue 20/20 PLUS incluye la siguiente cobertura sin costo adicional:

- Dos exámenes de la vista totalmente cubiertos con un copago de \$0 por frecuencia de beneficios.
- Un par de lentes de reemplazo (sujeto a un cambio en la receta) por frecuencia de beneficios.
- Tratamiento con lentes recetados con filtro de luz azul totalmente cubierto.
- Lentes de policarbonato estándar totalmente cubiertos.



BENEFICIO ADICIONAL: OFERTAS EXCLUSIVAS

Consejo: Obtienes acceso exclusivo a descuentos en salud y bienestar, incluidos ahorros en anteojos, servicios dentales y más, a través de Blue365®.

[VER OFERTAS >](#)

SEGURO DE VIDA Y DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO



SEGURO DE VIDA Y ACCIDENTES

	Cobertura básica	Cobertura adicional Se requiere una prueba de asegurabilidad¹
¿Quién es elegible?	Asociados que trabajan 15 horas o más por semana	Asociados a tiempo completo que trabajan 30 horas o más por semana
Cobertura	1 vez tu salario anual² Beneficio máximo: \$750,000	Hasta 2 veces tu salario anual² Beneficio máximo: \$750,000
¿Quién paga la cobertura?	Blue Cross	Blue Cross paga la cobertura hasta 1 vez tu salario anual. Tú pagas el monto restante.

DISCAPACIDAD A LARGO PLAZO (LTD)

	Cobertura básica	Cobertura adicional
¿Quién es elegible?	Los asociados que regularmente tienen programado trabajar al menos 30 horas por semana y han completado 90 días de empleo	Los asociados que regularmente tienen programado trabajar al menos 30 horas por semana y han completado 90 días de empleo
Cobertura	Reemplaza el 60% de tu salario mensual² Máximo mensual: \$12,500	Reemplaza el 66 2/3% de tu salario mensual ² Máximo mensual: \$12,500
¿Quién paga la cobertura?	Blue Cross	Tú pagas la cobertura adicional para reemplazar el 66 2/3% de tu salario mensual,² hasta un máximo de beneficios mensuales de \$12,500 (es decir, tú pagas el costo de cobertura adicional del 6 2/3%).
Período máximo de beneficio	Comienza después de haber estado ausente del trabajo debido a una discapacidad durante 180 días (incluido el período de eliminación de 1 semana y el período de discapacidad a corto plazo de 25 semanas) Los beneficios continúan mientras dure tu discapacidad o hasta los 65 años, lo que ocurra primero (posiblemente más tarde si quedas discapacitado después de los 63 años)	Comienza después de haber estado ausente del trabajo debido a una discapacidad durante 180 días (incluido el período de eliminación de 1 semana y el período de discapacidad a corto plazo de 25 semanas) Los beneficios continúan mientras dure tu discapacidad o hasta los 65 años, lo que ocurra primero (posiblemente más tarde si quedas discapacitado después de los 63 años)

PRÓXIMOS PASOS:

1. Piensa en el año que tienes por delante (cirugías planificadas, nacimientos, etc.).
2. Visita [Workday](#) para revisar y enviar tus elecciones antes del 14 de noviembre. No olvides revisar tus beneficiarios.
3. Guarda tu página de confirmación: ¡esto es importante!



Si no te inscribes...

Esto es lo que se trasladará:
contribuciones médicas, dentales,
de la vista, por discapacidad, de seguro
de vida y HSA.

Esto es lo que no se trasladará:
elecciones y contribuciones de la FSA.

OBTÉN APOYO ADICIONAL PARA TOMAR DECISIONES

Sitio del asociado

Obtén aún más detalles sobre tus beneficios, incluida una guía paso a paso para encontrar tu plan.

bluecrossma.org/associate

AskHR

Comunícate con los expertos del equipo de personas para consultas sobre la inscripción abierta, Workday u otras preguntas.

1-617-246-4747 (Ext.6-HRHR)

AskHR@bcbsma.com

Servicios para empleados

Obtén información y detalles de cobertura sobre nuestros planes médicos y dentales.

1-800-238-6616

EmployeeServices@bcbsma.com

Financial Finesse

Obtén orientación sin costo de un asesor financiero, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

ffhub.com/thrive

1-833-224-5233

Únete a nuestro exclusivo horario de atención de inscripción abierta.

Comunícate fácilmente con nuestros asesores de Servicio al Miembro llamando durante estos horarios exclusivos:

Martes 4 de noviembre: de 9:00 a. m. a 11:00 a. m.

Jueves 6 de noviembre: de 12:00 p. m. a 2:00 p. m.

Miércoles 12 de noviembre: de 2:00 p. m. a 4:00 p. m.

Llama al 1-888-258-8344.



GLOSARIO

Salario básico anualizado

Para los asociados a tiempo completo, es tu salario básico anual. Para los asociados a medio tiempo, el salario anualizado se calcula multiplicando la tarifa de pago por hora por 1,950 (en función de una semana de trabajo de tiempo completo de 37.5 horas por semana).

Coseguro

El porcentaje del costo que te corresponde pagar, generalmente después de que se ha alcanzado el deducible.

Copago

El monto que pagas por un servicio de atención médica cubierto, por lo general, cuando recibes el servicio. Para algunos servicios, primero debes alcanzar un deducible.

Deducible

Este es el monto que pagas antes de que tu plan ayude a cubrir los gastos elegibles.

Flexible spending account (FSA) (cuenta de ahorros para la salud) para cuidado de dependientes

Puedes contribuir a esta cuenta antes de impuestos. Usa estos fondos para pagar los servicios de atención de dependientes elegibles, como preescolar, campamento de verano, programas antes o después de la escuela y centro de día para niños o adultos en el año del plan.

Flexible spending account (FSA) (cuenta de ahorros para la salud) para cuidado médico

Puedes contribuir a esta cuenta antes de impuestos y puedes usar los fondos para pagar gastos médicos, dentales, de la vista y de medicamentos con receta médica elegibles en el año del plan.

Health reimbursement arrangement (HRA) (convenio de reembolso de gastos médicos)

Blue Cross contribuye a esta cuenta al comienzo del año del plan. Puedes usar estos fondos para pagar gastos médicos o de medicamentos con receta médica elegibles en el año del plan. No puedes contribuir a la cuenta y, al final del año, se perderá el dinero no utilizado.

Health savings account (HSA) (cuenta de ahorros para la salud)

Una cuenta libre de impuestos que tú y Blue Cross pueden financiar. Usa esta cuenta para gastos médicos, dentales, de la vista y de medicamentos con receta médica elegibles ahora o en el futuro. Los fondos no utilizados se transfieren de un año a otro y pueden crecer libres de impuestos con intereses o invertirse.

Flexible spending account (FSA) (cuenta de ahorros para la salud) de propósito limitado

Puedes contribuir a esta cuenta antes de impuestos y puedes usar los fondos para pagar gastos dentales y de la vista elegibles en el año del plan.

Desembolso directo máximo

Lo máximo que pagarás por los servicios cubiertos. Una vez que alcanzas este máximo, tu plan paga el 100% de tus costos restantes del año.

Proveedor

Un médico, especialista, asistente del médico o enfermero practicante.

NOTAS

Conoce tus opciones de plan médico, página 5

- 1. Las pruebas de diagnóstico y los análisis de laboratorio no están cubiertos por la atención preventiva.

Comparación de costos de planes médicos, páginas 6 y 7

- 1. Los montos de contribución de salario son para los asociados a tiempo completo. Para conocer las tarifas a medio tiempo, descarga las [tarifas a medio tiempo de 2026](#).
- 2. Para los asociados a tiempo completo, este es tu salario básico anual. Para los asociados a medio tiempo, este se calcula multiplicando la tarifa de pago por hora por 1,950 (en función de una semana de trabajo a tiempo completo de 37.5 horas por semana).
- 3. No se aplica el copago en caso de hospitalización para permanencia en observación.
- 4. Se requiere autorización previa.
- 5. Es posible que se apliquen limitaciones o excepciones de cobertura y costos compartidos. Para obtener más información, consulta el Resumen de beneficios y cobertura del plan: [PPO](#) y [HMO](#).

Detalles del plan PPO, páginas 9 a 11

- 1. Las pruebas de diagnóstico y los análisis de laboratorio no están cubiertos por la atención preventiva.
- 2. Los montos de contribución de salario son para los asociados a tiempo completo. Para conocer las tarifas a medio tiempo, descarga las [tarifas a medio tiempo de 2026](#).
- 3. Para los asociados a tiempo completo, este es tu salario básico anual. Para los asociados a medio tiempo, este se calcula multiplicando la tarifa de pago por hora por 1,950 (en función de una semana de trabajo a tiempo completo de 37.5 horas por semana).
- 4. En virtud de este plan, tú eres responsable del costo total de los servicios médicos, así como de cualquier costo de medicamentos, hasta que alcances tu deducible.
- 5. No se aplica el copago para los métodos anticonceptivos (nivel 1 / genéricos solamente), medicamentos para dejar de fumar y ciertos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral.
- 6. Estas categorías se aplican a la mayoría de los casos, pero algunos niveles de medicamentos pueden variar.
- 7. Las tasas de contribución reflejan los límites de contribución del IRS para 2026: \$4,400 para planes individuales y \$8,750 para otros tipos de cobertura. Las personas elegibles para la contribución adicional pueden contribuir \$1,000 adicionales.

- 8. Las contribuciones de Blue Cross se entregarán semestralmente: 50% en enero y 50% en julio, a la espera de la inscripción continua en el plan.
- 9. No se puede usar para gastos de la pareja doméstica.
- 10. Los retiros para gastos no elegibles están sujetos a una multa impositiva.
- 11. “Ahora” se refiere a los gastos incurridos en cualquier momento de este año.
- 12. Todos los gastos deben incurrirse en el año del plan: del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. Puedes presentar reclamos de reembolso hasta el 31 de marzo de 2027.

Detalles del plan HMO, páginas 12 a 14

- 1. Las pruebas de diagnóstico y los análisis de laboratorio no están cubiertos por la atención preventiva.
- 2. Los montos de contribución de salario son para los asociados a tiempo completo. Para conocer las tarifas a medio tiempo, descarga las [tarifas a medio tiempo de 2026](#).
- 3. Para los asociados a tiempo completo, este es tu salario básico anual. Para los asociados a medio tiempo, este se calcula multiplicando la tarifa de pago por hora por 1,950 (en función de una semana de trabajo a tiempo completo de 37.5 horas por semana).
- 4. No se aplica el copago para los métodos anticonceptivos (nivel 1 / genéricos solamente), medicamentos para dejar de fumar y ciertos medicamentos contra el cáncer administrados por vía oral.
- 5. Estas categorías se aplican a la mayoría de los casos, pero algunos niveles de medicamentos pueden variar.
- 6. No se puede usar para gastos de la pareja doméstica.
- 7. Los gastos elegibles incluyen deducibles, coseguro y copagos cuando corresponda.
- 8. Los retiros para gastos no elegibles están sujetos a una multa impositiva.
- 9. Todos los gastos deben incurrirse en el año del plan: del 1.º de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. Puedes presentar reclamos de reembolso hasta el 31 de marzo de 2027.

Dental Blue, página 17

- 1. Los montos de contribución de salario son para los asociados a tiempo completo. Para conocer las tarifas a medio tiempo, descarga las [tarifas a medio tiempo de 2026](#).

Blue 20/20 PLUS, página 17

- 1. Los montos de contribución de salario son para los asociados a tiempo completo. Para conocer las tarifas a medio tiempo, descarga las [tarifas a medio tiempo de 2026](#).

Seguro de vida y contra accidentes y discapacidad a largo plazo, página 18

- 1. La opción de seguro de vida adicional requiere la realización de la Evidence of Insurability (EOI) (Evidencia de asegurabilidad) y la aprobación de la aseguradora, USABLE. El formulario de EOI de USABLE se puede encontrar en Workday.
- 2. Salario = Tasa base de beneficios, tu salario básico anual más el bono anual por ventas objetivo (cuando corresponda).



INSCRIPCIÓN ABIERTA

Elige tus opciones de beneficios:

Del 3 al 14 de noviembre de 2025

bluecrossma.org/associate



MASSACHUSETTS

* Registered Marks of the Blue Cross and Blue Shield Association.

** Registered Marks and TM Trademarks are the property of their respective owners.

© 2025 Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, Inc., or Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts HMO Blue, Inc.
004082800 (10/25)