



El documento titulado Resumen de beneficios y cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) le ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios de atención médica cubiertos. NOTA: La información sobre el costo de este [plan](#) (denominado [prima](#)) se proporcionará por separado. Esto es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, visite <http://www.wellsense.org/members/ma/clarity-plans> o llame a Servicios para Miembros, al 855-833-8120. Para definiciones generales de términos comunes, como [monto permitido](#), [facturación del saldo](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#), u otros términos [subrayados](#), consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llamar al 855-833-8120 para solicitar una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | Por qué esto es importante: |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | \$0 | Consulte la Tabla de eventos médicos comunes a continuación para conocer sus costos de los servicios que este plan cubre. |
| ¿Existen servicios cubiertos antes de alcanzar su deducible ? | No aplica. | Este plan no tiene un deducible general. |
| ¿Hay otros deductibles para servicios específicos? | Sí. Únicamente para servicios de atención dental pediátrica tipo II y tipo III, \$50 por persona | Debe pagar todos los costos de estos servicios hasta alcanzar el monto deducible específico antes de que este plan comience a pagar estos servicios. |
| ¿Cuál es el límite de desembolso directo para este plan ? | \$3,000 individual/\$6,000 familiar (\$350 atención dental pediátrica) | El límite de desembolso directo es lo máximo que podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si tiene otros miembros de la familia en este plan , tienen que alcanzar sus propios límites de desembolso directo hasta que se haya alcanzado el límite de desembolso directo de toda la familia. |
| ¿Qué es lo que no está incluido en el límite de desembolso directo ? | Primas , cargos de facturación de saldo y atención médica que este plan no cubre. | Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso directo . |
| ¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ? | Sí. Consulte www.wellsense.org/find-a-provider o llame a Servicios para Miembros, al 855-833-8120 para ver una lista de proveedores de la red . | Este plan usa una red de proveedores . Pagará menos si utiliza un proveedor de la red del plan . Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red , y es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que su plan paga (facturación de saldo). Tenga en cuenta que su proveedor de la red podría utilizar un proveedor fuera de la red para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesita una derivación para ver a un especialista ? | No. | Puede ver al especialista de la red que elija sin una derivación . |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|---|---|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si visita el consultorio de un <u>proveedor</u> de atención médica o una clínica | Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad | \$20 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | El mismo costo compartido se aplica a los servicios de telesalud equivalentes. |
| | Visita a un <u>especialista</u> | \$40 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | El mismo costo compartido se aplica a los servicios de telesalud equivalentes. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Atención preventiva/ pruebas de detección/ vacunas</u> | \$0 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | *Consulte la sección Servicios de salud preventiva a continuación. Es posible que tenga que abonar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su <u>proveedor</u> si los servicios requeridos son preventivos. Luego verifique lo que cubrirá su plan. Visite www.wellsense.org/members/ma/clarity-plans para obtener información sobre los servicios que se consideran preventivos. |
| Si se le realiza una prueba | <u>Prueba diagnóstica</u> (radiografía, análisis de sangre) | \$0 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | Ninguna |
| | Diagnóstico por imágenes (tomografías computarizadas/PET, resonancias magnéticas) | \$150 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . |
| Si usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Para obtener más información sobre la <u>cobertura de medicamentos recetados</u> visite www.wellsense.org/members/ma/clarity-plans/prescriptions o llame al 855-833-8120 | Medicamentos genéricos: Nivel 1 | \$10 de <u>copago</u> /receta en farmacia minorista y \$20 en farmacia de pedidos por correo | No está cubierto | *Consulte la sección Medicamentos recetados. Cubre un suministro de hasta 30 días (farmacia minorista); suministro para 90 días (pedidos por correo). Los medicamentos de especialidad están cubiertos a través de farmacias de especialidad designadas. Se podría requerir terapia escalonada y <u>autorización previa</u> para determinados medicamentos y suministros. Se podría eximir o reducir el costo compartido para determinados medicamentos recetados cubiertos. |
| | Medicamentos de marca preferidos: Nivel 2 | \$25 de <u>copago</u> /receta en farmacia minorista y \$50 en farmacia de pedidos por correo | No está cubierto | |
| | Medicamentos de marca no preferidos: Nivel 3 | \$50 de <u>copago</u> /receta en farmacia minorista y \$150 en farmacia de pedidos por correo | No está cubierto | |
| | <u>Medicamentos de especialidad: Nivel 4</u> | \$50 de <u>copago</u> /receta en farmacia minorista y \$150 en farmacia de pedidos por correo | No está cubierto | |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si se le realiza una cirugía ambulatoria | Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria) | \$250 de copago /visita | No está cubierto | Es posible que se requiera autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$0 de copago /visita | No está cubierto | |
| Si necesita atención médica inmediata | Atención en la sala de emergencias | \$150 de copago /visita | \$150 de copago /visita | *Consulte la sección de Servicios de emergencia. Se exime el copago si es admitido o está en observación. |
| | Transporte médico de emergencia | \$0 de copago /transporte | \$0 de copago /transporte | *Consulte la sección de Servicios de emergencia. Si un proveedor fuera de la red le cobra más del monto permitido , es posible que tenga que pagar la diferencia (facturación de saldo). |
| | Atención de urgencia | \$40 de copago /visita | \$40 de copago /visita | |
| Si tiene una estadía en el hospital | Tarifa de las instalaciones (por ejemplo, habitación de hospital) | \$500 de copago /admisión | No está cubierto | Límite de 60 días calendario/año de beneficios para admisiones hospitalarias de rehabilitación como paciente hospitalizado. Es posible que se requiera autorización previa . |
| | Honorarios del médico/cirujano | \$0 de copago /admisión | No está cubierto | |
| Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por consumo de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$20 de copago /visita | No está cubierto | \$0 de copago /visita para Servicios intermedios y Servicios de apoyo de un entrenador de recuperación. Es posible que se requiera autorización previa . |
| | Servicios para pacientes hospitalizados | \$500 de copago /admisión | No está cubierto | |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$0 de copago /visita de rutina | No está cubierto | *Consulte las secciones Atención de maternidad y Servicios de maternidad: pacientes ambulatorios. Según el tipo de servicio, se puede aplicar un copago . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otras partes del SBC. |
| | Servicios profesionales de nacimiento/parto | \$0 de copago /admisión | No está cubierto | |
| | Servicios de instalaciones de nacimiento y parto | \$500 de copago /admisión | No está cubierto | |
| Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud | Atención médica en el hogar | \$0 de copago /visita | No está cubierto | Es posible que se requiera autorización previa . |
| | Servicios de rehabilitación | \$40 de copago /visita de paciente ambulatorio | No está cubierto | |

| Evento médico común | Servicios que podría necesitar | Lo que usted pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|--|--|--|---|--|
| | | Proveedor de la red (Usted pagará menos) | Proveedor fuera de la red (Usted pagará más) | |
| Si su hijo necesita atención dental o de la vista | <u>Servicios de habilitación</u> | \$40 de <u>copago</u> /visita de paciente ambulatorio | No está cubierto | \$500 de <u>copago</u> por admisión después del <u>deductible</u> . Límite de 60 visitas combinadas/año de beneficios para fisioterapia y terapia ocupacional (que no sea para autismo, síndrome de Down, intervención temprana, atención médica en el hogar y terapia del habla). Límite de 60 días calendario/año de beneficios para servicios para pacientes hospitalizados en un hospital de rehabilitación. Se requiere <u>autorización previa</u> para ciertos servicios. Los servicios con fines de rehabilitación y habilitación tienen límites separados. |
| | <u>Atención de enfermería especializada</u> | \$500 de <u>copago</u> /admisión | No está cubierto | Límite de 100 días calendario/año de beneficios. Se requiere <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 20 % de <u>coseguro</u> | No está cubierto | 0 % de <u>coseguro</u> por bombas para extracción de leche materna. Es posible que se requiera <u>autorización previa</u> . |
| | <u>Servicios del centro de cuidados paliativos</u> | \$0 de <u>copago</u> /visita | No está cubierto | Se requiere <u>autorización previa</u> . |
| | Examen de la vista para niños | \$40 de <u>copago</u> /exámenes de rutina y no de rutina | No está cubierto | Los exámenes preventivos se limitan a 1 examen/12 meses hasta el final del mes calendario en que el miembro cumple 19 años y no se aplica el costo compartido. *Consulte la sección Servicios de la vista. |
| | Anteojos para niños | 20 % de <u>coseguro</u> | No está cubierto | 1 par de anteojos o lentes de contacto/año calendario hasta el final del mes calendario en que el miembro cumple 19 años. |
| | Chequeo dental para niños | Sin cargo/visita | No está cubierto | 2 exámenes/12 meses hasta el final del mes calendario en que el miembro cumple 19 años. *consulte la sección Atención dental pediátrica. Los servicios dentales de Tipo II, Tipo III y Tipo IV están sujetos a costo compartido. |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (Verifique su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de cualquier otro servicio excluido.)

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Cirugía cosmética• Atención dental (adultos)• Servicios de intervención temprana para niños de 3 años en adelante. | <ul style="list-style-type: none">• Atención a largo plazo• Atención que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Atención privada de enfermería | <ul style="list-style-type: none">• Servicios que superen cualquier beneficio o límite monetario enumerado• Anteojos, excepto como se describe en la Evidencia de cobertura |
|---|--|--|

Otros servicios cubiertos (se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Por favor, consulte el documento de su plan).

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aborto• Cirugía bariátrica• Atención quiropráctica | <ul style="list-style-type: none">• Audífonos (\$2,000 por oído cada 36 meses para los miembros menores de 21 años)• Tratamiento para la infertilidad• Cuidado de rutina de los ojos (adultos) | <ul style="list-style-type: none">• Cuidado de rutina de los pies (solo para miembros con diabetes)• Programas de pérdida de peso (25 % de las cuotas de membresía que califiquen para un miembro por familia por año calendario) |
|--|--|--|

Sus derechos para continuar la cobertura: hay agencias que pueden ayudarlo si desea continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Sección de Servicios al Consumidor de la División de Seguros de Massachusetts (Massachusetts Division of Insurance Consumer Service Section) al 877-563-4467 o en mass.gov/doj, la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration) al 866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa, o el Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Service's Center for Consumer Information and Insurance Oversight), al 877-267-2323 x61565 o en www.cms.gov/CCIIO. También puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo comprar cobertura de seguro médico individual a través del [Mercado de Seguros Médicos](#). Para obtener más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 800-318-2596.

Sus derechos a presentar una queja o apelación: hay organismos que pueden ayudarlo si tiene una queja contra su plan por la denegación de un [reclamo](#). Esta reclamación se denomina [queja](#) o [apelación](#). Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por ese [reclamo](#) médico. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar un [reclamo](#), una [apelación](#) o una [queja](#) por cualquier motivo a su plan. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o para recibir asistencia, comuníquese con:

- Servicios para Miembros de WellSense Health Plan al 855-833-8120
- La Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa
- División de Seguros de Massachusetts al 617-521-7794

¿Este plan proporciona cobertura esencial mínima? Sí

La [cobertura esencial mínima](#) generalmente incluye [planes](#), [seguro médico](#) disponibles a través del [Mercado](#) u otras políticas individuales del mercado, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y otra cobertura determinada. Si usted es elegible para ciertos tipos de [cobertura esencial mínima](#), es posible que no sea elegible para el [crédito fiscal para las primas](#).

¿Este plan cumple con los estándares de valor mínimo? Sí

Si su plan no cumple con los [estándares de valor mínimo](#), es posible que usted sea elegible para recibir un [crédito fiscal para las primas](#) para ayudarle a pagar un plan a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-855-833-8120.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-855-833-8120.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-855-833-8120.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-855-833-8120.

****Período de cobertura para grupos pequeños: 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor**

Para ver ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir los costos de una situación médica de ejemplo, consulte la siguiente sección.

Declaración de divulgación PRA: De acuerdo a la ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1146. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información está estimado en un promedio de 0.08 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo estimado o sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atte.: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Esto no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este [plan](#) podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes dependiendo de la atención que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#), y muchos otros factores. Concéntrese en los importes de [costo compartido](#) ([deductibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) bajo el [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar en diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en la cobertura individual.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|---|-------|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Copago del especialista (atención prenatal) | \$0 |
| ■ Copago del hospital (centro) | \$500 |

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [especialista](#) (atención prenatal)
Servicios profesionales de nacimiento/parto
Servicios de instalaciones de nacimiento y parto
[Pruebas diagnósticas](#) (ecografías y análisis de sangre)
Visita a un [especialista](#) (anestesia)

| | |
|------------------------|----------|
| Costo total de ejemplo | \$12,700 |
|------------------------|----------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| Costos compartidos | |
|-------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copagos | \$600 |
| Coseguro | \$0 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| El total que Peg pagaría es* | \$700 |

El [plan](#) sería responsable de los demás costos de estos servicios cubiertos del EJEMPLO. *Nota: El monto que paga el paciente está limitado por el límite de desembolso directo individual. Es posible que los montos totales no coincidan debido al redondeo.

Manejo de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

| | |
|--|------|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Copago del especialista | \$40 |
| ■ Copago de la visita de atención primaria | \$20 |
| ■ Coseguro del equipo médico duradero | 20 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del [médico de atención primaria](#) (incluida la capacitación sobre la enfermedad)
[Pruebas diagnósticas](#) (análisis de sangre)
[Medicamentos recetados](#)
[Equipo médico duradero](#) (medidor de glucosa)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total de ejemplo | \$5,600 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| Costos compartidos | |
|-------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copagos | \$700 |
| Coseguro | \$50 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$20 |
| El total que Joe pagaría es* | \$800 |

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

| | |
|---|-------|
| ■ El deductible general del plan | \$0 |
| ■ Copago del especialista | \$40 |
| ■ Copago de la sala de emergencias | \$150 |
| ■ Coseguro del equipo médico duradero | 20 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye servicios como:

[Atención en la sala de emergencias](#) (incluidos los insumos médicos)
[Prueba de diagnóstico](#) (radiografía)
[Equipo médico duradero](#) (muletas)
[Servicios de rehabilitación](#) (fisioterapia)

| | |
|------------------------|---------|
| Costo total de ejemplo | \$2,800 |
|------------------------|---------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| Costos compartidos | |
|-------------------------------------|--------------|
| Deductibles | \$0 |
| Copagos | \$400 |
| Coseguro | \$60 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| El total que Mia pagaría es* | \$500 |



Notice of Availability

Important! This is about your WellSense Health Plan benefits. We can translate it for you free of charge. Please call **855-833-8120 (TTY: 711)** for translation help.

Importante! Esta información es sobre sus beneficios de WellSense Health Plan. Podemos traducirlo para usted de forma gratuita. Llame al **855-833-8120 (TTY: 711)** para obtener ayuda de traducción. (ESA)

Importante! Esta comunicação é sobre os benefícios da WellSense Health Plan. Podemos traduzir para você gratuitamente. Ligue para **855-833-8120 (TTY: 711)** para obter ajuda com a tradução. (PTB)

重要提示！此信息与您的 WellSense Health Plan 福利有关，我们可免费提供翻译。如需获得翻译服务，请拨打 **855-833-8120 (TTY: 711)**。(CHS)

Enpotan! Sa a se sou avantaj WellSense Health Plan ou an. Nou ka tradui li pou ou gratis. Tanpri relèl **855-833-8120 (TTY: 711)** pou jwenn èd ak tradiksyon. (HAT)

Quan trọng! Đây là thông tin về quyền lợi trong WellSense Health Plan của quý vị. Chúng tôi có thể dịch thông tin này miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số **855-833-8120 (TTY: 711)** để được trợ giúp dịch thuật. (VIT)

Важно! Здесь содержится информация о преимуществах вашего медицинского страхового плана WellSense Health Plan. Мы можем перевести для вас этот документ бесплатно. За помощью в переводе позвоните по телефону **855-833-8120 (TTY: 711)**. (RUS)

Σημαντικό! Πρόκειται για τις παροχές του WellSense Health Plan. Μπορούμε να σας το μεταφράσουμε δωρεάν. Καλέστε στο **855-833-8120 (TTY: 711)** για βοήθεια σχετικά με τη μετάφραση. (ELG)

هام! هذا حول مزايا WellSense Health Plan الخاصة بك. يمكننا ترجمتها لك مجانا. يرجى الاتصال **(ARA) 855-833-8120 (TTY: 711)** للمساعدة في الترجمة.

महत्वपूर्ण! यह आपके WellSense Health Plan लाभों के बारे में है। हम आपके लिए इसका निःशुल्क अनुवाद कर सकते हैं। कृपया अनुवाद संबंधित सहायता के लिए **855-833-8120 (TTY: 711)** पर फोन करें। (HIN)

중요! 이것은 WellSense Health Plan 혜택에 대한 내용입니다. 무료로 번역해 드릴 수 있습니다. 번역 도움이 필요하면 **855-833-8120 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오. (KOR)

ចំណុចសំខាន់ៗ! ព័ត៌មាននេះគឺ ស្ថិតិអនុប្បយោជនីនៃ WellSense Health Plan របស់អ្នក។ យើងអាចបានព័ត៌មានប៉ាន្តុកដោយ តែតិចឡើងទេ។ សូមទូរសព្ទលេខាលេខ **855-833-8120 (TTY: 711)** ស្មានចំនួនបច្ចេកវិប័យ។ (KHM)

Ważne! To dotyczy Twoich świadczeń w ramach planu zdrowotnego WellSense Health Plan. Możemy nieodpłatnie przetłumaczyć dla Ciebie te informacje. Zadzwoń pod numer **855-833-8120 (TTY: 711)**, aby uzyskać pomoc w tłumaczeniu. (POL)

Importante! Questo riguarda i benefici del tuo piano sanitario WellSense. Possiamo tradurlo gratuitamente per te. Chiama il numero **855-833-8120 (TTY: 711)** per assistenza nella traduzione. (ITA)

મહત્તમપૂર્ણ! આ તમારા WellSense આરોગ્ય પ્લાનના લાભ વવશે છે. અમે તમારા માટે તેન થું વનિઃશ ક્રીડ્યુંતર કરી શકીએ છીએ. ભાષુંતરને લગતી મદદ માટે કૃપા કરીને અમને **855-833-8120 (TTY: 711)** પર કોલ કરો. (GUJ)

Important! Cela concerne vos prestations WellSense Health Plan. Nous pouvons traduire ce contenu gratuitement pour vous. Veuillez appeler le **855-833-8120 (TTY: 711)** pour obtenir de l'aide concernant la traduction. (FRC)

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

Notice About Nondiscrimination and Accessibility

WellSense Health Plan complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, sexual orientation, limited English proficiency, primary language, or moral or religious grounds (including limiting or not providing coverage for counseling or referral services). WellSense Health Plan provides:

- free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as TTY, qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other language.

Please contact WellSense at 855-833-8120 if you need any of the services listed above and we will provide them in a timely manner. You can also find this information at the bottom of wellsense.org in the Nondiscrimination section.

If you believe we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of any of the identifiers listed above, you can file a grievance or request help to do so at:

Civil Rights Coordinator
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129
Phone: 855-833-8120 (TTY: 711)
Fax: 617-897-0805

You can also file a civil rights complaint with the U.S. DHHS, Office for Civil Rights by mail, by phone or online at:

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

Complaint Portal:
hhs.gov/ocr/office/file/index.html