

2027

Resumen de Beneficios



Health Choice Pathway

(HMO D-SNP)



Sirviendo los condados de
Apache, Coconino, Gila, Maricopa,
Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Cómo comunicarse con nosotros:

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si es miembro de este plan, llame gratis al **1-800-656-8991, TTY: 711**.

Si no es miembro de este plan, llame gratis al **1-855-243-3935, TTY: 711**.

O visite nuestro sitio web azblue.com/hcpathway

Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recibe atención de proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios. Por lo general, usted debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de farmacias y el de proveedores del plan en nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway, o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

En este folleto, encontrará un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todos los límites o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura" (EOC, por sus siglas en inglés). Puede acceder a nuestro EOC en nuestro sitio web en azblue.com/hcpathway.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Health Choice Pathway, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS), y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados en Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original – y más. Los planes pueden ofrecer beneficios suplementarios, además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway, o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si recibe atención de proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no cubra esos servicios.

Puede consultar el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario de nuestro plan en nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway, o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias o del formulario.

Nota: La red de farmacias, la red de proveedores o el formulario pueden modificarse en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Tiene distintas opciones para recibir sus beneficios de Medicare:

Una opción consiste en obtenerlos a través de Medicare Original (Medicare de tarifa por servicio). El Gobierno federal administra directamente Medicare Original.

Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como Health Choice Pathway.

Tiene opciones a su disposición.
Consejos para comparar planes de Medicare:

En este folleto de Resumen de beneficios encontrará información sobre lo que cubre Health Choice Pathway y lo que usted debe pagar.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, consulte el folleto de Resumen de beneficios de cada plan o utilice la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en <http://www.medicare.gov>.

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual “Medicare y usted” actual. Consúltelo en línea en <http://www.medicare.gov> u obtenga una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. Es un plan de tipo Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) y un Plan de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés). La afiliación en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield®, un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. **Llame al 1-800-656-8991, TTY: 711** para obtener más información.

Cuadro de Resumen de beneficios de Health Choice Pathway 2027

Si deja de cumplir los requisitos de AHCCCS (Medicaid), pero se prevé que vuelva a cumplirlos dentro de los 6 meses, usted seguirá recibiendo todos los beneficios de Medicare que correspondan a través de nuestro plan. Sin embargo, es posible que deje de recibir los beneficios de Medicaid y la ayuda para pagar las primas, los copagos, el coseguro o los deducibles de Medicare durante este período, lo que podría aumentar sus gastos de bolsillo.

Para obtener más información, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991, TTY: 711**.

Prima mensual, deducibles y límites	
Prima mensual del plan de salud	\$0
Deducible médico anual	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Si deja de cumplir los requisitos de AHCCCS, el monto máximo anual que deberá pagar por los servicios de Health Choice Pathway (su monto máximo de gastos de bolsillo) será de \$9,850. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo completo de gastos de bolsillo, nosotros pagaremos por todos los servicios de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Cobertura hospitalaria para pacientes internados

Es posible que se requiera una autorización previa	Usted paga un copago de \$0 del día 1 al 90 de hospitalización por período de beneficios. Además, nuestro plan incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, que puede utilizarse después del día 90 si necesita atención adicional como paciente internado. Una vez que haya utilizado todos los días de reserva de por vida, deberá pagar el costo total de la atención.
--	--

Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios

Hospitalización ambulatoria Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Centro de cirugía ambulatoria Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Visitas al médico	
Servicios de proveedores de atención primaria	Copago de \$0
Servicios de médicos especialistas Es posible que se requiera una autorización previa para el manejo del dolor	Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Atención preventiva

Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Detección y asesoramiento sobre el consumo de alcohol Visitas de bienestar anuales Mediciones de masa ósea Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Detección de enfermedades cardiovasculares (análisis de sangre) Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal (Papanicolaou y examen pélvico) Pruebas de detección del cáncer colorrectal (pruebas de biomarcadores en sangre, colonoscopias, colonografía por tomografía computarizada (TC), pruebas de sangre oculta en heces, sigmoidoscopias flexibles, pruebas de ADN en heces multiobjetivo) Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco Examen de detección de la depresión Examen de detección de la diabetes Capacitación para el autocontrol de la diabetes Examen de detección de glaucoma Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B Examen de detección del virus de la hepatitis B Examen de detección del virus de la hepatitis C Examen de detección del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) Examen físico preventivo inicial (IPPE) Examen de detección del cáncer de pulmón (tomografía computarizada [TC] de dosis baja) Servicios de terapia nutricional médica Programa de Prevención de la diabetes de Medicare Examen de detección de la obesidad y terapia conductual Servicios preventivos prolongados Examen de detección del cáncer de próstata Examen de detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual Vacunas (vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la gripe, vacunas contra el neumococo) Visita preventiva de "Bienvenida a Medicare" (única vez)	Copago de \$0
--	---------------

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de atención de emergencia	
Atención de emergencia	Copago de \$0 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare
Servicios de urgencia	
Atención de urgencia	Copago de \$0 para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Servicios de laboratorio de imágenes	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Servicios de laboratorio Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., resonancia magnética [RM] y tomografía computarizada [TC]) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Radiografías ambulatorias	Copago de \$0
Radiología terapéutica Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Servicios de audición	
Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare Estos exámenes están cubiertos únicamente cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para determinar si necesita tratamiento médico.	Copago de \$0
Examen de audición de rutina (Beneficio complementario)	Copago de \$0 Un examen al año
Ajuste de audífonos y servicios de audífonos (Beneficio complementario) La cobertura de estos servicios se ofrece a través de proveedores de TruHearing®. Incluye ajustes y evaluaciones de audífonos. Para programar una cita o hacer preguntas, llame al 1-833-723-1154 , TTY: 711 , de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. MST.	Copago de \$0 para ajuste de audífonos Copago de \$0 para audífonos Hasta dos audífonos (uno por oído cada 3 años).
Servicios odontológicos	
Servicios odontológicos cubiertos por Medicare La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) pagará por ciertos servicios odontológicos que usted reciba cuando esté en un hospital. La Parte A puede pagar la atención hospitalaria si usted necesita procedimientos odontológicos de emergencia o complejos, incluso si la atención odontológica no está cubierta.	Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Servicios odontológicos (continuación)

Servicios odontológicos preventivos, diagnósticos e integrales (Beneficio complementario)

Se incluyen los siguientes servicios odontológicos de diagnóstico y preventivos:

- Un tratamiento con flúor al año
- Dos exámenes bucales al año
- Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año, uno cada 6 meses.
- Dos radiografías dentales al año, que pueden consistir en lo siguiente:
 - Radiografías de aleta de mordida o
 - Un juego completo, también conocido como juego completo de radiografías (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa o panorámica cada 36 meses.

Se incluyen los siguientes servicios odontológicos integrales:

- Servicios de restauración: coronas, empastes, puentes para reemplazar dientes dañados o reemplazar un solo diente faltante.
- Servicios de endodoncia: tratamientos de conducto y tratamientos para dientes agrietados o con daños graves.
- Servicios de periodoncia: limpiezas profundas, tratamiento de infecciones de las encías y control de la gingivitis y la periodontitis.
- Cirugía oral y maxilofacial: extracción de dientes, tratamiento de infecciones de la mandíbula y extirpación de quistes.
- Prostodoncia: prótesis dentales fijas y removibles.
 - Prostodoncia fija: restauraciones que permanecen en la boca y no se retiran, como coronas y puentes.
 - Prostodoncia removable: dentaduras postizas y prótesis dentales parciales.
 - Las dentaduras postizas se cubren una vez cada cinco años. Este límite de cinco años se aplica tanto a las dentaduras completas como a las prótesis parciales.
- Servicios generales complementarios: radiografías de diagnóstico, exámenes dentales de emergencia y sedación cuando sea médicamente necesaria.

No tienen cobertura los siguientes servicios:

- Determinados procedimientos de prostodoncia, incluidas las restauraciones dentales y faciales con fines estéticos
- Implantes dentales
- Procedimientos de la articulación temporomandibular (ATM)

Copago de \$0 para servicios odontológicos (beneficio complementario)

Monto máximo anual de \$2,000 para servicios dentales de diagnóstico y preventivos, así como para servicios odontológicos integrales

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Servicios de la vista

Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades de los ojos (incluido el examen anual de detección del glaucoma) Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas	Copago de \$0
Examen de rutina de la vista (refracción ocular) (beneficio complementario)	Copago de \$0 Uno al año
Anteojos (beneficio complementario)	Copago de \$0 Nuestro plan cubre hasta un máximo de \$250 por año para la compra de anteojos, sin límite • Lentes de contacto • Anteojos (armazones y cristales)

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Servicios de salud mental

Hospitalización psiquiátrica

Es posible que se requiera una autorización previa

Usted paga un copago de \$0 del día 1 al 90 de hospitalización por período de beneficios.

Además, nuestro plan incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, que puede utilizarse después del día 90 si necesita atención adicional como paciente internado. Una vez que haya utilizado todos los días de reserva de por vida, deberá pagar el costo total de la atención.

Visita de terapia individual/grupal ambulatoria

- Servicio de especialidad de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Abuso de sustancias

Copago de \$0

Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios

Copago de \$0

Centro de enfermería especializada

Es posible que se requiera una autorización previa

Usted paga un copago de \$0 del día 1 al 100 de su estadía en un centro de enfermería especializado.

Servicios hematológicos para pacientes ambulatorios

Servicios hematológicos para pacientes ambulatorios (Beneficios complementarios)

Copago de \$0

Se exime el deducible para tres (3) pintas de sangre.

La cobertura del plan incluye sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos desde la primera pinta de sangre que necesite.

Rehabilitación ambulatoria

Servicios de terapia física y de terapia del habla

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

Copago de \$0

Terapia de ejercicio supervisado (SET) Los miembros con enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática que cuentan con una derivación del médico responsable de su tratamiento tienen cobertura para acceder a la SET. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos para acceder al programa de SET.

Copago de \$0

Servicios de terapia ocupacional

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Ambulancia

Se requiere autorización previa solo para transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Copago de \$0 para servicios de ambulancia terrestre y aérea

Traslados

Este beneficio está disponible para facilitar el acceso a la atención y los servicios médicamente necesarios.

Copago de \$0

24 viajes de ida al año hacia o desde un lugar aprobado.

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- Servicio de puerta a puerta
- Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud
- Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Cada traslado se considera un viaje; un viaje de ida y vuelta se considera dos traslados

Los servicios cubiertos no incluyen lo siguiente:

- Traslado en ambulancia

Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de quimioterapia/radiación

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

Por lo general, Medicaid (AHCCCS) cubre los costos compartidos de Medicare. Sin embargo, es posible que deba pagar hasta el 20 % del monto aprobado por Medicare correspondiente a cualquier artículo o servicio que no tenga cobertura de AHCCCS.

Otros medicamentos de la Parte B de Medicare

Es posible que se requiera una autorización previa

Medicamentos de la Parte B de Medicare: terapia escalonada

Copago de \$0

Por la insulina cubierta que se suministre en virtud de la Parte B de Medicare (como la insulina utilizada con una bomba de insulina), usted paga un copago de \$0 siempre que cumpla con todos los requisitos para acceder a AHCCCS (Medicaid). Si deja de cumplir con los requisitos de AHCCCS (Medicaid), es posible que deba pagar los costos compartidos correspondientes a la Parte B de Medicare. Sin embargo, el costo compartido por la insulina cubierta por la Parte B no superará los \$35 por el suministro de un mes.

La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir que pruebe primero un medicamento de la Parte B o de la Parte D.

Beneficios de medicamentos recetados

Beneficio de la Parte D

Solo con cobertura de Medicare

Si cumple con los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (LIS), el costo compartido por los medicamentos de la Parte D incluidos en el formulario se reduce o se elimina, según sus ingresos y si cumple con los requisitos para acceder a AHCCCS (Medicaid). Los siguientes copagos se aplican a los miembros que reúnen los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (LIS):

Etapas de cobertura inicial: durante esta etapa, el plan cubre una parte del costo de sus medicamentos y usted paga la parte restante. El deducible anual es de \$0 o de \$300. Los montos correspondientes a los costos compartidos de los medicamentos son los siguientes:

	Medicamentos genéricos/ tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedidos por correo, suministro para 31 o 100 días; costos compartidos en atención a largo plazo [LTC], suministro para 34 días).	Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedidos por correo, suministro para 31 o 100 días; costos compartidos en atención a largo plazo [LTC], suministro para 34 días).
Miembros institucionalizados	\$0	\$0
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) de hasta el 100 %	\$1.65	\$5.00
Miembros con doble elegibilidad y beneficios completos (FBDE) entre el 100 % y el 150 % del nivel federal de pobreza (FPL)	\$5.80	\$14.40
Miembros QMB/QMB+/SLMB+ con ingresos iguales o inferiores al 150 % del nivel federal de pobreza (FPL)	\$5.80	\$14.40
Si no recibe la "Ayuda adicional" o deja de cumplir con los requisitos para recibir el subsidio por bajos ingresos (LIS), el monto que deba pagar cambiará a los niveles de Medicare Original. Los montos de estos copagos corresponden solo a las farmacias dentro de la red. Usted puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedidos por correo que estén dentro de la red. Es posible que pueda obtener un suministro de su receta para 100 días (si corresponde a su medicamento).		

Usted permanece en esta etapa hasta que el monto acumulado de sus "gastos de bolsillo" durante el año alcance los \$2,400.

Luego, usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica: Etapa de cobertura catastrófica: durante esta etapa, Health Choice Pathway cubrirá todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027. El 1 de enero de 2028, volverá a la Etapa de cobertura inicial.

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por las vacunas

Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina

Por la insulina cubierta que se suministre en virtud de la Parte B de Medicare (como la insulina utilizada con una bomba de insulina), usted paga \$0 siempre que cumpla con todos los requisitos para acceder a AHCCCS (Medicaid). Si deja de cumplir con los requisitos de AHCCCS, es posible que deba pagar los costos compartidos correspondientes a la Parte B de Medicare. Sin embargo, el costo compartido por la insulina cubierta por la Parte B no superará los \$35 por el suministro de un mes.

Beneficios adicionales cubiertos	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
• Servicios de información sobre enfermedades renales	Copago de \$0
• Servicios de diálisis	Copago de \$0
• Equipos y suministros para diálisis en el hogar	
Examen físico anual (beneficio complementario)	
El examen físico anual de rutina es un examen físico completo que incluye la recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes exámenes: signos vitales, evaluación del estado general, examen de cabeza y cuello, examen cardíaco y pulmonar, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de las extremidades. La cobertura de este beneficio, que no está cubierta por Medicare, es adicional a la consulta anual de bienestar cubierta por Medicare y a la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	Copago de \$0
Servicios quiroprácticos	
cubierto por Medicare Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (desplazamiento de uno o más huesos de la columna vertebral) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Atención médica a domicilio	
Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Servicios del programa de tratamiento por uso de opioides (OTPS)	
• Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como su dispensación y administración, si corresponde • Asesoramiento para el tratamiento del consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas	Copago de \$0

Beneficios adicionales cubiertos	
Servicios de podología (cuidado de los pies)	
Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare Exámenes y tratamientos de los pies si presenta daño en los nervios causado por la diabetes o cumple con determinados requisitos Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Equipos/suministros médicos	
Equipo médico duradero (DME) (p. ej., sillas de ruedas y equipos de oxígeno) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Suministros médicos/prótesis Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
Suministros y servicios para personas con diabetes La autorización previa se aplica únicamente a las bombas de insulina y no a los suministros habituales (lancetas y tiras reactivas)	Copago de \$0 Por lo general, Medicaid (AHCCCS) cubre los costos compartidos de Medicare. Sin embargo, es posible que deba pagar hasta el 20 % del monto aprobado por Medicare correspondiente a cualquier artículo o servicio que no tenga cobertura de AHCCCS.
Calzado terapéutico o plantillas para personas con diabetes.	Copago de \$0

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Membresía para acondicionamiento físico

Copago de \$0 para entrenamiento físico, rastreador de actividad, equipamiento deportivo o kits de actividad física.

SilverSneakers® es mucho más que un programa de actividad física tradicional. Es una forma de mejorar su salud y disfrutar de la vida que desea. Ya sea que prefiera participar en clases de entrenamiento en grupo, practicar deportes, usar equipos para ejercicios de fuerza y cardiovasculares o mantenerse en actividad desde casa, SilverSneakers le brinda la oportunidad de mantener una buena salud, ganar confianza y conectarse con su comunidad.

SilverSneakers ofrece acceso a lo siguiente:

- Una red nacional de gimnasios y centros comunitarios participantes¹ con clases grupales de actividad física² en determinados centros. Puede inscribirse en todas las clases que desee
- Clases y talleres en línea de SilverSneakers LIVE, a cargo de instructores especialmente capacitados, disponibles los 7 días de la semana, por la mañana, por la tarde y por la noche
- SilverSneakers On-Demand, con más de 200 videos de ejercicios disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana
- La aplicación móvil SilverSneakers GO, con planes de entrenamiento personalizados y mucho más
- Kits gratuitos para el hogar, los miembros pueden elegir un kit al año (entre cuatro opciones). Cada kit incluye una guía de inicio rápido. Los kits para el hogar* disponibles son los siguientes:
 - o Caminata: incluye un podómetro
 - o Tonificación: incluye una pelota SilverSneakers
 - o Fortalecimiento: incluye una banda elástica de resistencia
 - o Yoga: incluye una correa para yoga

Con SilverSneakers, tiene más opciones que nunca. Active hoy su cuenta gratuita en línea y descubra todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer.

[SilverSneakers.com/StartHere](https://www.silversneakers.com/StartHere)

tools.silversneakers.com/Eligibility/StartHere

Siempre consulte con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.

Notas al pie:

¹ Los lugares participantes ("PL") no pertenecen a Tivity Health, Inc. ni a sus filiales. El uso de los servicios y las instalaciones de los PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica del PL en cuestión. Las instalaciones y los servicios varían por PL. No se garantiza que determinados PL formen parte del programa, y su participación puede variar según el plan de salud.

² La membresía incluye clases grupales de actividad física dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación.

*El contenido de los kits puede cambiar sin previo aviso.

SilverSneakers es una marca comercial de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Productos de venta libre (OTC)

El monto disponible cada trimestre puede utilizarse para comprar productos de venta libre mediante el catálogo en línea o en tiendas de comercios participantes, con la tarjeta de débito Flex.

Copago de \$0 y una asignación de \$50 cada tres meses para productos OTC.

Con este beneficio, el subsidio se cargará a su Tarjeta Flex cada tres meses para pagar los artículos de venta libre cubiertos.

Los productos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Productos de venta libre (OTC) de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pastillas contra la tos, dentífricos y muchos más.

Cualquier saldo restante al final del trimestre caducará y no se transferirá al mes siguiente. Cualquier asignación sin usar no se transferirá al siguiente año del plan.

Para obtener información más detallada, consulte el capítulo 4 de la Evidencia de cobertura (EOC).

Beneficio de comidas

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0 hasta un total de 56 comidas al año para los miembros que hayan recibido el alta de un centro de internación o que tengan una enfermedad crónica que cumpla con los requisitos.

Comidas posteriores al alta, 28 comidas por alta:

Para miembros que hayan recibido el alta recientemente de un centro de internación (como un hospital, un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación ambulatoria).

Comidas para pacientes con enfermedades crónicas, 28 comidas por alta:

Los miembros que tienen una enfermedad crónica que cumple con los requisitos y reciben atención mediante un programa de manejo de cuidados pueden acceder a comidas saludables. Entre las enfermedades crónicas que cumplen con los requisitos se incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes (DM).

Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas 1-888-267-9037

Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana, a personal de enfermería profesional

Copago de \$0

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Telesalud

Copago de \$0 para servicios de telesalud

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes tipos de consultas médicas virtuales:

- Servicios de proveedores de atención primaria
- Servicios de médicos especialistas
- Servicios de urgencia

Reciba atención médica para determinados problemas de salud que no sean de urgencia a través de los servicios de telesalud, sin ningún costo. Las consultas de telesalud están disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana con un profesional autorizado, a través de su teléfono, tableta o computadora.

Acceda a los servicios de telesalud a través del portal para miembros de Health Choice Arizona: **azblue.com/hcportal**

Los servicios de telesalud no pueden tratar todos los problemas de salud. Si necesita atención adicional, el proveedor le indicará si debe consultar a un médico en persona. En caso de tener una emergencia médica, llame al 911 o acuda de inmediato a la sala de emergencias más cercana.

Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)

Copago de \$0

El sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS), también conocido como sistema de alerta médica, permite contar con monitoreo continuo dentro y fuera del hogar, especialmente para personas mayores o en situación de riesgo.

El PERS permite a los miembros solicitar asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, tanto dentro como fuera del hogar.

- Los miembros se comunican de inmediato con operadores profesionalmente capacitados que evalúan con rapidez la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada.
- Un miembro que tiene una emergencia médica presiona un botón para hablar con un operador, el cual inmediatamente coordina el envío de ayuda de emergencia.

Para solicitar un dispositivo PERS o realizar consultas, llame al **1-800-979-9238, TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., o visite **bcbsaz.connectamerica.com**.

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas

Productos y alimentos saludables

Copago de \$0 por una asignación de \$225 cada tres meses para alimentos y productos saludables.

Este beneficio forma parte de los Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) y está disponible únicamente para los miembros que cumplen con los requisitos de elegibilidad del plan.

Para acceder al programa de alimentos saludables y productos frescos, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Recibir atención de un proveedor de tratamiento y tener un diagnóstico de una o más enfermedades crónicas que cumplan con los requisitos, con una reclamación registrada en Health Choice Pathway.
- Tener un alto riesgo de hospitalización u otras consecuencias adversas para la salud.

Entre las enfermedades crónicas que cumplen con los requisitos se incluyen las siguientes:

Trastornos cardiovasculares; trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD); enfermedades crónicas de salud mental que limitan la capacidad funcional; enfermedades gastrointestinales crónicas; insuficiencia cardíaca crónica; enfermedades pulmonares crónicas; enfermedades que afectan la visión, la audición (incluida la sordera), el gusto, el tacto o el olfato; enfermedades que requieren tratamiento continuo para mantener o conservar la capacidad funcional; diabetes mellitus; y sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.

Los beneficios mencionados forman parte de un programa especial de beneficios complementarios para personas con enfermedades crónicas. No todos los miembros pueden calificar, ya que también se pueden aplicar otros requisitos de cobertura.

El monto que no se utilice no se acumulará para el trimestre siguiente. El monto restante al final del año tampoco se transfiere al año del plan siguiente.

Para obtener información más detallada, consulte el capítulo 4 de la Evidencia de cobertura (EOC).

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Puede comunicarse con el personal del programa de Medicaid de su estado a través de la oficina de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

A una persona que tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan de Medicaid estatal se le denomina beneficiario con "doble elegibilidad". Como beneficiario con elegibilidad doble, sus servicios los paga primero Medicare y luego AHCCCS (Medicaid). Su cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía de acuerdo con sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir la cobertura completa de AHCCCS (Medicaid) o el pago de una parte o la totalidad de los costos compartidos de Medicare (primas, deducibles, coseguro o copagos). Según su nivel de elegibilidad en AHCCCS (Medicaid), es posible que no tenga que pagar ningún costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare.

A continuación, se presentan las categorías de cobertura de doble elegibilidad correspondientes a los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan Health Choice Pathway.

- **QMB-plus (o QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga las primas, los deducibles, el coseguro y los copagos correspondientes a las Partes A y B de Medicare. Cuenta con cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare y reúne los requisitos para recibir la cobertura completa de Medicaid como cobertura secundaria a Medicare. Esto significa que, si Medicare no cubre un servicio, pero sí lo cubre Medicaid, Medicaid lo pagará (siempre que su proveedor se encuentre dentro de la red).
- **SLMB-Plus (o SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga la prima de la Parte B de Medicare y también brinda beneficios completos de Medicaid como cobertura secundaria a Medicare.
- **Full-Benefit Dual Eligible (FBDE):** en algunos casos, una persona puede reunir los requisitos tanto para recibir cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare como para recibir beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Si usted es beneficiario de QMB o QMB-plus:

Tiene un costo compartido de \$0, excepto por los copagos para medicamentos recetados de la H5587_D50104PY27_M

Parte D, siempre que permanezca como miembro del plan QMB o QMB+.

Si usted es beneficiario de SLMB-Plus o FBDE:

Tiene derecho a recibir todos los beneficios de AHCCCS (Medicaid) y, en algunos casos, una cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare. Como tal, su costo compartido es del 0 % o del 20 %*. Por lo general, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y por AHCCCS (Medicaid). Además, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios suplementarios proporcionados por Health Choice Pathway también presentan un costo compartido de \$0. En ocasiones poco frecuentes, usted pagará el 20%* cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por AHCCCS (Medicaid).

Nota: Los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios tienen un costo compartido de \$0.

Cambios en la elegibilidad:

Es importante leer y responder toda la correspondencia proveniente del Seguro Social y de la oficina de Medicaid estatal y mantener su condición de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Regularmente, según lo requerido por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), verificaremos su condición de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), así como su categoría de doble elegibilidad. Si su condición de elegibilidad cambia, su costo compartido también puede cambiar del 0 % al 20 % o del 20 % al 0 %. Si pierde por completo la cobertura de AHCCCS (Medicaid), tendrá un período de gracia para volver a solicitar AHCCCS (Medicaid) y restablecer su cobertura si aún reúne los requisitos.

Si ya no califica para acceder a AHCCCS (Medicaid), se cancelará su inscripción en el plan de forma involuntaria. La agencia de Medicaid de su estado le enviará una notificación sobre la pérdida de cobertura de AHCCCS (Medicaid) o el cambio de categoría de AHCCCS (Medicaid). También podemos comunicarnos con usted para recordarle que vuelva a solicitar la cobertura de Medicaid. Por

este motivo, es importante que nos informe cuando cambie su dirección postal o número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de AHCCCS (Medicaid), consulte el manual del miembro de Medicaid u otros documentos de Medicaid de su estado para obtener información detallada y completa sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), así como sobre las limitaciones, restricciones y exclusiones que se aplican. Puede comunicarse con el programa de Medicaid de su estado a través de la oficina del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS).

* Se aplica un deducible anual para los servicios de la Parte B y un coseguro del 20 % (según corresponda), además de los montos de costos compartidos variables para los servicios de la Parte A cuando el monto del costo compartido del miembro no es del 0 %.

Cómo leer el cuadro de beneficios de Medicaid

En el siguiente cuadro se detallan los servicios que cubre AHCCCS (Medicaid). El cuadro se aplica solamente si usted tiene derecho a recibir los beneficios del programa de Medicaid de su estado. El costo compartido varía según su categoría de AHCCCS (Medicaid).

Para obtener información sobre los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el plan de AHCCCS o visite el sitio web www.azahcccs.gov, donde encontrará información adicional sobre la participación de los beneficiarios en los costos, los copagos y los beneficios.

Los programas de atención médica aguda de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), los acuerdos regionales de salud conductual de ACC (ACC-RBHA) y el plan de salud integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (Mercy Care DCS CHP). Los programas de atención a largo plazo de Medicaid incluyen el programa para personas mayores y con discapacidades físicas (E-PD) y la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

Los montos de los copagos de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden contribuir al pago de estos montos, excepto en el caso de los medicamentos de salud conductual destinados a beneficiarios a quienes se les haya diagnosticado una enfermedad mental grave (SMI), con fondos permitidos que no pertenecen al Título XIX.

Cuadro de beneficios cubiertos por Medicaid		
	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con doble elegibilidad de QMB – Usted paga:	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin doble elegibilidad de QMB – Usted paga:
Información importante		
Prima y otra información importante Si recibe ayuda adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será menor o podría no tener que pagarla.	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte los servicios de atención de emergencia y atención de urgencia).	Debe consultar a médicos, especialistas y hospitales que acepten la cobertura de Medicaid. Se requiere una remisión para especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.	Debe consultar a médicos, especialistas y hospitales que acepten la cobertura de Medicaid. Se requiere una remisión para especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.

Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo		
	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con doble elegibilidad de QMB – Usted paga:	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin doble elegibilidad de QMB – Usted paga:
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes internados	Copago de \$0	Copago de \$0
Hospitalización para atención de salud conductual	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de centros de enfermería	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visita al centro de cirugía ambulatoria o al centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$3 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para menores de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la administración de casos crónicos/complejos, etc.	Copago de \$0	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Visitas a quiroprácticos	Copago de \$0	\$0 para personas de 20 años o menos; \$0 a \$2.30, para personas de 21 años o más dependiendo de la elegibilidad, para hasta 20 visitas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (se podrían autorizar visitas adicionales si son médicamente necesarias)
Servicios odontológicos de emergencia para adultos	Copago de \$0 para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una visita al PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0

Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo		
	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con doble elegibilidad de QMB – Usted paga:	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin doble elegibilidad de QMB – Usted paga:
Servicios de atención ambulatoria		
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas en consultorio médico: Consultas con el médico de atención primaria (PCP) y con médicos especialistas.	Copago de \$0	Copago de \$0 para visitas de bienestar y de \$0 a \$4 para otras visitas, según la elegibilidad, para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para menores de 20 años o menos.
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0 Cubre equipos, dispositivos y suministros médicos razonables, así como medicamente necesarios.	Copago de \$0 Cubre equipos, dispositivos y suministros médicos razonables, así como medicamente necesarios.
Servicios de emergencia (usted puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Copago de \$0	Copago de \$0
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones para ajuste de audífonos	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Aparatos auditivos	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Implantes cocleares	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de atención médica a domicilio (como servicios de enfermería, asistencia de salud a domicilio y terapia).	Copago de \$0 Cubre los servicios de atención médica a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.	Copago de \$0 Cubre los servicios de atención médica a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.
Visita de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0

Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo		
	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con doble elegibilidad de QMB – Usted paga:	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin doble elegibilidad de QMB – Usted paga:
Servicios de atención ambulatoria		
Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$3 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para menores de 20 años o menos.
Atención ambulatoria por abuso de sustancias	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de podología	Copago de \$0	Copago de \$0
Dispositivos de prótesis (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Copago de \$0	Copago de \$0 Extremidades o articulaciones inferiores controladas por microprocesador, sin cobertura para personas de 21 años o más.
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Consulta por atención médica de urgencia	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$4 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para menores de 20 años o menos.
Servicios de visión, examen ocular de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y armazones	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para mayores de 21 años, a menos que sea después de una cirugía de cataratas.	Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en etapa terminal	Copago de \$0	Copago de \$0

Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo		
Beneficios de medicamentos recetados		
Medicamentos recetados	Copago de \$0 Medicamentos que no reúnen los requisitos para recibir cobertura bajo la Parte D de Medicare.	Copago de \$0 a \$2.30 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para menores de 20 años o menos. Para medicamentos no elegibles para el pago bajo la Parte D de Medicare.
Servicios preventivos		
Incluyen vacunas contra la gripe, el COVID-19 y la neumonía; mamografía de detección; prueba de Papanicolaou y examen pélvico; detección de cáncer de próstata; y detección de cáncer colorrectal.	Copago de \$0	Copago de \$0
Visita de un trabajador comunitario de salud (CHW, por sus siglas en inglés)	Copago de \$0	Copago de \$0
Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo		
Servicios de atención de relevo	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas durante cada período de 12 meses, a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas durante cada período de 12 meses, a partir del 1 de octubre de cada año.
Servicios de centros de enfermería	El costo compartido es determinado por AHCCCS.	El costo compartido es determinado por AHCCCS.
Servicios comunitarios y en el hogar	AHCCCS determina la contribución del miembro.	AHCCCS determina la contribución del miembro.
Servicios odontológicos preventivos para adultos Además de los servicios odontológicos de emergencia para adultos descritos anteriormente.	Copago de \$0 para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

Glosario de términos

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

La agencia federal que administra Medicare.

Coaseguro

Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Copago

Un monto que se le puede solicitar que pague como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Costo compartido

El costo compartido se refiere al monto que el miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. (Estos montos se suman a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto del deducible que el plan pueda establecer antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de "coaseguro", es decir, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que el plan le exige pagar al recibir un medicamento o servicio específicos.

Deducible

El monto que debe pagar por servicios de atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a cubrirlos.

Ayuda adicional

Un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Monto máximo de gastos de bolsillo

El monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de las Partes A y B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Si reúne los requisitos para recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid) con los costos compartidos de Medicare, no debe pagar ningún gasto de bolsillo que se contabilice para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos de ellos alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (AHCCCS o Asistencia Médica)

Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicare

Programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años que tienen ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón) y esclerosis lateral amiotrófica (ELA, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig).

Glosario de términos

Plan Medicare Advantage (MA)

A veces llamado Parte C de Medicare. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan de Medicare Advantage puede ser un plan de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), un plan de organización de proveedores preferidos (PPO), un plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de cuentas de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare "de pago por servicio")

Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados.

Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso para médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Usted puede ver a cualquier médico, ir a cualquier hospital o consultar con cualquier proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde.

Medicare Original tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y se encuentra disponible en todo Estados Unidos.

Parte C

Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D

El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D

Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Prima

Pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica a cambio de la cobertura de servicios de salud o medicamentos recetados.

Autorización previa

Aprobación por adelantado para poder recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 de la "Evidencia de cobertura". Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se indican en el formulario.

Plan de necesidades especiales

Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica a determinados grupos de personas, como quienes tienen Medicare y Medicaid, viven en un centro de enfermería o tienen ciertas enfermedades crónicas.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711
8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
Fax: 480-760-4739
Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

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

Complaint forms are available at
hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Aviso de No Discriminación

En cumplimiento con la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Costo



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales). Health Choice Pathway no excluye ni trata a las personas de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden 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)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711

de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico:

HCHComments@azblue.com

Si considera que Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

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

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D50028PY27_C

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health
Choice

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Navajo: Saad bee áká anályaaígíí t'áá jíík'eh bee nihá náshcháázhgo bee áká aná'ályáá doo bááh dah na'anish. Bee áká aná'ályáá dóo bee hane' bee nidaaz'áájí bee hazh'ání'íígo ádaat'éego bee bee hazh'ání'íí doo bááh dah na'anish. 1-800-656-8991 (TTY: 711) bich'í' hodíílnih, t'ée' 8 a.m. jí doo bik'i dah 8 p.m. jí, naakits'áadah yilt'áá' 7 bee dah naalnish.

Chinese Simplified: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。请致电 1-800-656-8991 (TTY: 711), 服务时间为每周 7 天上午 8 点至晚上 8 点。

Chinese Traditional: 如果您說[中文], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 1-800-656-8991 (TTY: 711), 服務時間為每週 7 天上午 8 點至晚上 8 點。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-800-656-8991 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., 7 araw sa isang linggo.

French: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-656-8991 (TTY : 711), de 8 h à 20 h, 7 jours sur 7.

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-800-656-8991 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày trong tuần.

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-800-656-8991 (TTY: 711) an, von 8:00 bis 20:00 Uhr, 7 Tage die Woche.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services



Health
Choice

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 주 7일, 오전 8시부터 오후 8시까지 1-800-656-8991 (TTY: 711)로 전화해 주십시오.

Russian: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Звоните по номеру 1-800-656-8991 (линия TTY: 711), ежедневно, с 8:00 до 20:00.

Arabic

العربية

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-800-656-8991 (الهاتف النصي 711 TTY)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-656-8991 (TTY: 711) पर कॉल करें, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक, हफ्ते के सातों दिन।

Italian: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-800-656-8991 (TTY: 711), dalle 8:00 alle 20:00, 7 giorni su 7.

Brazilian Portuguese: Se você fala português brasileiro, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-800-656-8991 (TTY: 711), das 8h às 20h, 7 dias por semana.

Creole (Capo Verdean): Caso fale Kabuverdianu, existem serviços de assistência linguística gratuitos disponíveis. Estão também disponíveis apoios e serviços auxiliares adequados para prestar informações em formatos acessíveis. Txoma pa 1-800-656-8991 (TTY: 711), di 8 óras di manhan ti 8 óras di noti, 7 dia pa simana.

Polish: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-800-656-8991 (TTY: 711), od 8:00 do 20:00, 7 dni w tygodniu.

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル(誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。1-800-656-8991 (TTY: 711)までお問い合わせください。受付時間は週7日、午前8時から午後8時までです。

NOTAS:

NOTAS:

¿Preguntas sobre nuestros beneficios?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros:

1-800-656-8991, TTY: 711

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

HCHComments@azblue.com

Visite nuestro sitio web en:

azblue.com/hcpathway



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

2409509-26