

2027

Aviso Anual de Cambios



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**

Aviso anual de cambios para 2027

Usted está inscrito como miembro de Health Choice Pathway (HMO D-SNP).



Este documento describe los cambios a los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Usted tiene del 15 de octubre al 7 de diciembre para hacer cambios a su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2026, seguirá inscrito en Health Choice Pathway (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite **Medicare.gov** o revise la lista al reverso de su manual *Medicare y usted 2027*.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Puede consultar más información sobre costos, beneficios y normas en la *evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en azblue.com/hcpathway o llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para recibir una copia por correo postal.

Más recursos

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener más información, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m. los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en otros idiomas diferentes al inglés. Para obtener información adicional, llame al Servicio de Atención para Miembros al número indicado previamente.

Aviso anual de cambios para 2027

Acerca de Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

- 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. La inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este material hace referencia a "nosotros" o "nuestro", se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando hace referencia a "plan" o "nuestro plan", se refiere a Health Choice Pathway (HMO D-SNP).
- **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá de forma automática en Health Choice Pathway (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Consulte la sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y la fecha límite para hacer un cambio.



Aviso anual de cambios para 2027

Índice

Resumen de costos importantes para 2027	4
--	----------

SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año	6
---	----------

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan	6
Sección 1.2 Cambios a su monto máximo de bolsillo	6
Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores	7
Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias	7
Sección 1.5 Cambios a los beneficios y costos para servicios médicos	8
Sección 1.6 Cambios a la cobertura de medicamentos de Part D	9
Sección 1.7 Cambios a los beneficios y costos para medicamentos recetados	9

SECCIÓN 2 Cambios administrativos	11
--	-----------

SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	12
---------------------------------------	-----------

Sección 3.1 Fecha límite para cambiar de plan	12
Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?	13

SECCIÓN 4 Ayuda para pagar por medicamentos recetados	14
--	-----------

SECCIÓN 5 ¿Tiene preguntas?	15
------------------------------------	-----------

Reciba ayuda de Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	15
Reciba ayuda de Medicare	16
Reciba ayuda de Medicaid	16

Resumen de costos importantes para 2027

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede superar este monto. Consulte la sección 1 para obtener más información.	\$0	\$0
Monto máximo de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B. (Consulte la sección 1 para obtener más información).	\$8,800 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo adicional para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B.	\$9,850 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo adicional para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B.
Visita al consultorio de atención primaria	\$0 de copago por visita	\$0 de copago por visita
Visitas al consultorio de especialistas	\$0 por visita	\$0 por visita
Estancias hospitalarias como paciente hospitalizado Incluye varias estancias hospitalarias como paciente hospitalizado como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estancia hospitalaria como paciente hospitalizado comienza el día en que es formalmente hospitalizado con la orden de un médico y termina el día antes de que sea dado de alta.	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estancia hospitalaria por período de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días por período de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente hospitalizado se limitará a 90 días por cada período de beneficios.	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estancia hospitalaria por período de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su estancia hospitalaria supera los 90 días por período de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente hospitalizado se limitará a 90 días por cada período de beneficios.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de Part D (Consulte la sección 1 para obtener más información, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Deducible para medicamentos recetados de Part D: Si recibe ayuda adicional, su deducible es \$0. Si no recibe ayuda adicional, su deducible es \$615, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de Part D. Copago durante la etapa de cobertura inicial: Medicamentos genéricos y tratados como genéricos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$1.60 o • \$5.10 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$4.90 o • \$12.65 Si no recibe ayuda adicional, usted pagará un 25 % de coseguro por sus medicamentos recetados y no más de \$35 por mes para cada producto de insulina cubierto. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de Part D.	Deducible para medicamentos recetados de Part D: Si recibe ayuda adicional, su deducible es \$0. Si no recibe ayuda adicional, su deducible es \$300, excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de vacunas para adultos de Part D. Copago durante la etapa de cobertura inicial: Medicamentos genéricos y tratados como genéricos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$1.65 o • \$5.80 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$5.00 o • \$14.40 Si no recibe ayuda adicional, usted pagará un 25 % de coseguro por sus medicamentos recetados y no más de \$35 por mes para cada producto de insulina cubierto. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de Part D.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios a la prima mensual del plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe seguir pagando la prima de Medicare Part B, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0	\$0

Sección 1.2 Cambios a su monto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo. Cuando haya pagado este monto, por lo general, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B durante el resto del año.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo El costo compartido pagado por el beneficiario, Medicaid y otros seguros secundarios contribuye a este máximo de bolsillo. Como Medicaid paga la mayoría del costo compartido de nuestros miembros, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún gasto de bolsillo adicional para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan para alcanzar el monto máximo de bolsillo. La prima de nuestro plan y sus costos por medicamentos recetados no se cuentan para alcanzar el monto máximo de bolsillo.	\$8,800	\$9,850 Cuando haya pagado \$9,850 de bolsillo por los servicios cubiertos de Part A y Part B, no pagará nada por los servicios cubiertos de Part A y Part B durante el resto del año calendario.

Sección 1.3 Cambios a la red de proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Consulte el *directorio de proveedores* de 2027 en azblue.com/hcpathway para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red. Para obtener una versión actualizada del *directorio de proveedores*:

- Visite nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway.
- Llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener la información actualizada de proveedores o solicite que le enviemos un *directorio de proveedores* por correo postal.

Podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestros proveedores le afecta, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Puede tener un período de inscripción especial si su proveedor abandona la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte la sección 2.3 del capítulo 3 de su *evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios a la red de farmacias

Los montos que paga por los medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados se cubren *solo* si son surtidos en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Consulte el *directorio de farmacias* de 2027 en azblue.com/hcpathway para ver las farmacias que se encuentran en nuestra red. Para obtener una versión actualizada del *directorio de farmacias*:

- Visite nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway.
- Llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener la información actualizada de farmacias o solicite que le enviemos un *directorio de farmacias* por correo postal.

Podemos cambiar las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda.

Sección 1.5 Cambios a los beneficios y costos para servicios médicos

El aviso anual de cambios le informa sobre los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios dentales Servicios dentales preventivos y de diagnóstico Servicios dentales integrales	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales preventivos y de diagnóstico y servicios dentales integrales. Usted tiene cobertura por hasta \$3,500 por año para servicios dentales preventivos y de diagnóstico y servicios dentales integrales.	Usted paga un copago de \$0 por servicios dentales preventivos y de diagnóstico y servicios dentales integrales. Usted tiene cobertura por hasta \$2,000 por año para servicios dentales preventivos y de diagnóstico y servicios dentales integrales.
Servicios de la vista: Lentes	Usted paga un copago de \$0 por una asignación de beneficio máximo de \$350 cada año para lentes sin límite, incluidos: • Lentes de contacto • Lentes (armazones y cristales)	Usted paga un copago de \$0 por una asignación de beneficio máximo de \$250 cada año para lentes sin límite, incluidos: • Lentes de contacto • Lentes (armazones y cristales)

Sección 1.6 Cambios a la cobertura de medicamentos de Part D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama formulario o lista de medicamentos. Una copia de nuestra lista de medicamentos se proporciona de forma electrónica y se publica en línea en azblue.com/hcpathway.

Hicimos algunos cambios a nuestra lista de medicamentos, los cuales pueden incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o cambiarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Consulte la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos serán cubiertos el próximo año y ver si se aplicará alguna restricción o si su medicamento ha sido cambiado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios a la lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare que lo afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si le afecta un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el capítulo 9 de su *evidencia de cobertura* y consulte con la persona que le da sus recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar en buscar un nuevo medicamento. Para obtener más información, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 1.7 Cambios a los beneficios y costos de medicamentos recetados

¿Recibe ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos recetados?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (ayuda adicional), **la información sobre costos de medicamentos de Part D no se aplica a usted**. Le enviamos un documento por separado, llamado *la cláusula adicional de la evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar medicamentos recetados*, que le informa sobre sus costos de medicamentos. Si recibe ayuda adicional y no recibe este documento antes del 30 de septiembre de 2026, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *cláusula adicional LIS*.

Etapas de pagos de medicamentos

Existen 3 **etapas de pagos de medicamentos**: La etapa del deducible anual, la etapa de cobertura inicial y la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Etapa 1: Deducible anual**

No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica para usted.

- **Etapa 2: Cobertura inicial**

En esta etapa, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Generalmente, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año hasta la fecha alcanzan los \$2,400.

- **Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas**

Esta es la tercera y última etapa de pagos de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de Part D. Generalmente, permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

Costo de los medicamentos en la etapa 1: Deducible anual

La tabla muestra su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible anual	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica para usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica para usted.

Costo de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

La tabla muestra su costo por medicamento recetado para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de Part D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de vacunas o información sobre los costos para un suministro a largo plazo, en una farmacia que ofrezca costo compartido preferido o para pedidos de medicamentos recetados por correo, consulte el capítulo 6 de su *evidencia de cobertura*. Cuando haya pagado \$2,400 de bolsillo por los medicamentos de la Part D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costo compartido estándar: Medicamentos genéricos y tratados como genéricos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$1.60 o • \$5.10 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$4.90 o • \$12.65 Si no recibe ayuda adicional, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos recetados.	Su costo para un suministro de un mes surtido en una farmacia dentro de la red con costo compartido estándar: Medicamentos genéricos y tratados como genéricos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$1.65 o • 5.80 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de ayuda adicional o estado institucional, usted paga: • \$0 o • \$5.00 o • \$14.40 Si no recibe ayuda adicional, pagará un coseguro del 25 % por sus medicamentos recata.

SECCIÓN 2

Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Administración del beneficio para artículos de venta libre (OTC) y alimentos y comestibles	El beneficio para artículos de venta libre (OTC) y alimentos y comestibles es proporcionado por The Helper Bees bcbs.az.thehelperbeesportal.com .	El beneficio para artículos de venta libre (OTC) y alimentos y comestibles es proporcionado por Sunny Benefits. Para obtener información más detallada, consulte el capítulo 4 de la evidencia de cobertura (EOC).
Administrador del beneficio de farmacia	CVS Caremark	OptumRx reemplazará a CVS Caremark como administrador del beneficio de farmacia del plan desde el 1 de enero de 2027. Los miembros que utilicen servicios de farmacia de pedidos por correo pueden comunicarse con Optum Home Delivery llamando al 1-800-356-3477 o escribiendo a 6800 W. 115th St., Suite 600, Overland Park, KS 66211 para obtener ayuda con los servicios de resurtidos de medicamentos recetados y pedidos por correo.

SECCIÓN 3

Cómo cambiar de plan

Para seguir en Health Choice Pathway (HMO D-SNP), no debe hacer nada. A menos que se inscriba en un plan de salud de Medicare diferente o se cambie a Original Medicare a más tardar el 7 de diciembre, será inscrito automáticamente en Health Choice Pathway (HMO D-SNP).

Si desea cambiar de planes para 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiar a otro plan de salud de Medicare,** inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente. Recuerde, no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos recetados. Asimismo, tenga en cuenta que en muchos planes no puede unirse a un plan de salud de Medicare y comprar al mismo tiempo un plan de medicamentos recetados.
- **Para cambiar a Original Medicare con una cobertura de medicamentos de Medicare por separado,** puede inscribirse en un plan de Part D y su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiar a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.
- **Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare,** visite **Medicare.gov**, consulte el manual *Medicare y usted 2027*, llame a su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (consulte la sección 5) o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden cambiar su cobertura todos los años del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2027 y no está satisfecho con el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2027.

Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas tienen otras posibilidades de cambiar su cobertura durante el año. Los ejemplos incluyen personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben ayuda adicional para pagar por sus medicamentos
- Tienen o van a dejar de tener cobertura a través de un empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de su plan

Como usted tiene Medicaid, puede terminar su inscripción en nuestro plan eligiendo alguna de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado,
- Original Medicare sin un plan de medicamentos de Medicare por separado (si usted elige esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya cancelado la inscripción automática) o
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le proporcione su Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un único plan.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive actualmente allí, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene una oportunidad de cambiarse de plan o de cambiarse a Original Medicare por 2 meses completos después del mes en el que se mudó.

SECCIÓN 4

Ayuda para pagar por medicamentos recetados

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. Hay diferentes tipos de ayuda disponible:

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir la ayuda adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75 % o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales del plan de medicamentos, deducibles anuales y coseguros. Asimismo, las personas que califican no tienen una multa por inscripción tardía. Para consultar si califica, llame al:
 - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**, 24 horas al día, los 7 días de la semana.
 - Seguro Social al **1-800-772-1213** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-325-0778**.
 - La oficina de Medicaid de su estado.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que califican para el ADAP tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, debe cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, comprobante de bajos ingresos conforme a lo definido por el estado y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de Medicare Part D que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa o si ya está inscrito, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al **1-800-334-1540** o al **602-364-3610**. Cuando llame asegúrese de mencionar el nombre de su plan de Medicare Part D o el número de póliza.
- **El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare.** El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que trabaja con su cobertura actual de medicamentos recetados para ayudarle a manejar sus gastos de bolsillo para medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos durante el año calendario (de enero a diciembre). Todas las personas con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) pueden usar esta opción de pago. Si participa en el Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare y sigue en el mismo plan de Part D, su participación se renovará de forma automática para 2027 y no tiene que presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a gestionar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos.**

La ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para las personas que califican, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llámenos al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite **Medicare.gov**.

SECCIÓN 5

¿Tiene preguntas?

Reciba ayuda de Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

- **Llame al Servicio de Atención para Miembros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**

Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Consulte su *evidencia de cobertura de 2027***

Este *aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2027. Para obtener más información, consulte la *evidencia de cobertura de 2027* de Health Choice Pathway (HMO D-SNP). La *evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que usted necesita seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *evidencia de cobertura* en nuestro sitio web, azblue.com/hcpathway o llame al Servicio de Atención para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitarnos que le enviemos una copia por correo postal.

- **Visite azblue.com/hcpathway.**

Nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*directorio de proveedores/directorío de farmacias*) y sobre nuestra *lista de medicamentos cubiertos* (*formulario/lista de medicamentos*).

Obtenga orientación gratuita de Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental independiente con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Arizona (SHIP de Arizona).

Llame a SHIP de Arizona para recibir orientación de seguros de salud gratuita y personalizada. Le pueden ayudar a comprender las opciones de sus planes de Medicare y Medicaid y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a SHIP de Arizona al **1-800-432-4040**. Obtenga más información sobre SHIP de Arizona ingresando a (<https://des.az.gov/medicare-assistance>).

Reciba ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).**

Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

- Chatee en vivo con **Medicare.gov**

Puede chatear en vivo en **Medicare.gov/talk-to-someone**.

- Escriba a Medicare

Puede escribirle a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite Medicare.gov**

El sitio web oficial de Medicare contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea *Medicare y usted 2027***

El manual *Medicare y usted 2027* se envía por correo postal todos los otoños a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en **Medicare.gov** o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Reciba ayuda de Medicaid

Llame a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS, (1-855-432-7587)** o al **602-417-4000**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m., excepto en días festivos estatales. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711** para obtener ayuda con la inscripción a Medicaid o para hacer preguntas sobre beneficios.

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。

¿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



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**