

# Resumen de beneficios para **2025**



## **BCBSAZ Health Choice** **Pathway** (HMO D-SNP)



Brindando servicios a los condados Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

**Health  
Choice**

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association



# Resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

1 de enero de 2025 – 31 de diciembre de 2025

## Acerca de BCBSAZ 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 usted es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al:

**1-800-656-8991, TTY: 711.**

Si usted no es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al:

**1-855-243-3935, TTY: 711.**

O visite nuestro sitio web: **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**

BCBSAZ Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la red, es posible que el plan no pague por 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 ver el directorio de proveedores y farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**, o puede llamarnos y le enviaremos una copia del directorio de proveedores y farmacias.

Este folleto le brinda un resumen de lo que nosotros cubrimos y de 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 nuestra EOC en nuestro sitio web, **[healthchoicepathway.com](https://healthchoicepathway.com)**.

### ¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway, debe ser elegible para 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, por sus siglas en inglés), así como vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de 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 vademécum completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**, o puede llamarnos y le enviaremos una copia del vademécum.

### ¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BCBSAZ Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

Puede consultar el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el vademécum del plan en nuestro sitio web: **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**, o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias y/o del vademécum.

Nota: El vademécum, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

### Tiene distintas opciones para obtener sus beneficios de Medicare:

Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (Medicare de tarifa por servicio). Medicare Original es administrado directamente por el Gobierno federal.

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

**Usted tiene varias opciones a su disposición.  
Consejos para comparar los planes de Medicare:**

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que BCBSAZ Health Choice Pathway cubre y de lo que usted debe pagar.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes el folleto de su Resumen de beneficios o use 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 llamando 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**.

BCBSAZ 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 el plan BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), una licenciataria 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 del Resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway para 2025**

Si es elegible para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare según AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que usted reciba.

<b>Prima mensual, deducibles y límites</b>	
<b>Prima mensual del plan de salud</b>	\$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
<b>Deducible</b>	Este plan no tiene deducible.
<b>Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)</b>	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en BCBSAZ Health Choice Pathway (su monto máximo de gastos de bolsillo) es \$8,400. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo completo de gastos de bolsillo, nosotros pagaremos todos los servicios de la Parte A y 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 por los días 1 – 90 de hospitalización por periodo 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 hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red, una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red.

### Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios

#### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

#### Servicios de observación ambulatoria en hospital

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

Ultrasonido de detección de aneurisma aórtico abdominal  
Detección de abuso del alcohol y asesoría al respecto  
Visitas de bienestar anuales con enemas de bario  
Pruebas de biomarcadores en sangre  
Mediciones de masa ósea (densidad de los huesos)  
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares  
Detección del cáncer de cuello uterino con pruebas para detectar el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés)  
Detección y pruebas de cáncer colorrectal  
Asesoría relacionada con la prevención del consumo de tabaco  
Vacuna y administración de la vacuna contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19, por sus siglas en inglés)  
Detección de la depresión  
Detección de la diabetes  
Capacitación para el automanejo de la diabetes  
Examen rectal digital  
Electrocardiograma (EKG, por sus siglas en inglés) después de la visita de bienvenida  
Detección de glaucoma  
Detección del virus de la hepatitis B  
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B  
Prueba de detección del virus de la hepatitis C  
Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)  
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la influenza  
Examen físico preventivo inicial (IPPE, por sus siglas en inglés)  
Terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular  
Terapia conductual intensiva para la obesidad y exámenes de detección  
Detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis y asesoría para la detección del cáncer de pulmón  
Terapia de nutrición médica  
Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes  
Vacuna y administración de la vacuna neumocócica  
Servicios preventivos prolongados  
Detección del cáncer de próstata  
Detección de infecciones de transmisión sexual y asesoría conductual de alta intensidad para prevenir infecciones de transmisión sexual (STI, por sus siglas en inglés)  
Mamografía de detección  
Papanicolaou de detección  
Exámenes pélvicos de detección (incluye exámenes mamarios clínicos)

Copago de \$0

<b>Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos</b>	
<b>Servicios de atención de emergencia</b>	
<b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$0 para las visitas a la Sala de Emergencias cubiertas por Medicare
<b>Servicios de urgencia</b>	
<b>Atención de urgencia</b>	Copago de \$0 para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare
<b>Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Servicios de laboratorio de imágenes</b>	
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
<b>Servicios de laboratorio</b> Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
<b>Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., imagen de resonancia magnética [MRI, por sus siglas en inglés], tomografía computarizada [CT, por sus siglas en inglés])</b> Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
<b>Radiografías ambulatorias</b>	Copago de \$0
<b>Radiología terapéutica</b> Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
<b>Servicios de audición</b>	
<b>Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare</b> Solo están cubiertos cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.	Copago de \$0
<b>Examen de audición de rutina</b> (Beneficio suplementario)	Copago de \$0 Un examen por año
<b>Aparatos auditivos y ajuste de aparatos auditivos</b> (Beneficio suplementario)	Copago de \$0 para ajuste de aparatos auditivos una vez al año Copago de \$0 para aparatos auditivos Asignación de beneficio máximo de \$1,500 cada año para aparatos auditivos; ambos oídos combinados.
<b>Servicios dentales</b>	
<b>Servicios dentales cubiertos por Medicare</b> La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) pagará por ciertos servicios dentales que usted recibe cuando está en un hospital. La Parte A puede pagar la atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales complejos o de emergencia, incluso si la atención dental no está cubierta.	Copago de \$0



## Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

### Servicios dentales (continuación)

#### Servicios dentales preventivos, diagnósticos y integrales (Beneficio suplementario)

##### Servicios preventivos y de diagnóstico que incluyen:

- Un tratamiento con flúor al año
- Dos exámenes bucales al año
- Dos servicios de profilaxis (limpiezas) al año, uno cada 6 meses
- Dos radiografías dentales al año, entre las cuales se incluyen las siguientes:
  - Una radiografía, ya sea radiografía interproximal o radiografía simple, o
  - Una radiografía completa de toda la boca (FMX, por sus siglas en inglés) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses

##### Servicios integrales, entre los cuales se incluyen los siguientes:

- Servicios de restauración (p. ej., coronas, empastes, puentes para reemplazar un diente)
- Servicios de endodoncia
- Servicios de periodoncia
- Cirugía oral y maxilofacial incluyendo servicios de extracciones.
- Dentaduras postizas
  - Se cubren una vez cada cinco años
  - Hasta cuatro ajustes por año

Copago de \$0 por servicios dentales preventivos e integrales (suplementarios).

No hay monto máximo para servicios dentales preventivos y de diagnóstico.

Asignación máxima de beneficios de \$3,500 por año calendario para los servicios dentales integrales.

### Servicios de visión

#### Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar/tratar las enfermedades oculares (incluida la detección anual de glaucoma)

Anteojos o los lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

Copago de \$0

#### Examen de visión de rutina (refracción ocular) (Beneficio suplementario)

Copago de \$0  
Uno al año

#### Lentes (Beneficio suplementario)

Copago de \$0  
Nuestro plan paga hasta una asignación máxima de beneficios de \$350 cada año para lentes ilimitados

- 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 por los días 1 – 90 de hospitalización por periodo 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 hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red, una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red.

#### Visita de terapia individual/ grupal ambulatoria

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

Copago de \$0

### Centro de enfermería especializada

Es posible que se requiera una autorización previa

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) del día 1 al día 100.

### Servicios hematológicos ambulatorios

#### Servicios hematológicos ambulatorios (Beneficio suplementario)

Copago de \$0

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

La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite.

### Rehabilitación ambulatoria

#### Servicios de terapia física y de terapia del habla

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

#### Rehabilitación cardiaca y pulmonar

Copago de \$0

#### Terapia de ejercicio supervisada (SET, por sus siglas en inglés)

La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y cuentan con una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos para el 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 transporte terrestre y aéreo en ambulancia

### Transporte

Este beneficio está disponible para ayudarle a obtener atención y servicios médicamente necesarios.

#### Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicio de puerta a puerta
- Furgonetas con acceso para sillas de ruedas, bajo previa solicitud
- Cada traslado en una sola dirección no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera un viaje en una sola dirección; un viaje redondo se considera dos traslados

#### Los servicios cubiertos no incluyen los siguientes:

- Transporte en ambulancia

Copago de \$0

24 traslados en una sola dirección cada año hacia o desde una ubicación aprobada

## 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

#### Otros medicamentos de la Parte B de Medicare

Es posible que se requiera una autorización previa

#### Medicamentos de la Parte B de Medicare – Terapia por pasos

Copago de \$0

La terapia por pasos para los medicamentos de la Parte B puede requerir hacer una prueba con un medicamento de la Parte B o de la Parte D.

### Beneficio de la Parte D

*Solo cubierto por Medicare*

El costo compartido del Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) del beneficiario no se aplica a todos los medicamentos de la Parte D del vademécum en todas las fases de beneficios. Esto significa que, si califica para el costo compartido del Subsidio por bajos ingresos (LIS), también califica para los montos de costo compartido reducidos de la Parte D indicados a continuación.

Etapa de cobertura inicial: En esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde a ellos del costo de sus medicamentos y usted paga la que le corresponde a usted. Su deducible anual es \$0. Sus montos de costos compartidos para los medicamentos son:

<b>Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedidos por correo, suministro para 31 días o suministro para 100 días. Costos compartidos para la Atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), suministro para 34 días).</b>	<b>Medicamentos de marca registrada, por receta (farmacia minorista o de pedidos por correo, suministro para 31 días o suministro para 100 días. Costos compartidos para la Atención a largo plazo (LTC) , suministro para 34 días).</b>
Copago de \$0	Copago de \$0
Si no recibe “Ayuda adicional” o pierde su elegibilidad para el Subsidio por bajos ingresos (LIS), el monto que paga 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 de sus “gastos de bolsillo” en lo que va del año alcanza los \$2,000. Luego, usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica: Etapa de cobertura catastrófica: En esta etapa, BCBSAZ Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2025. El 1 de enero de 2026, usted regresa 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

Usted no pagará más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.

<b>Cobertura de beneficios adicionales</b>	
<b>Servicios para el tratamiento de enfermedad renal</b>	
• Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Copago de \$0
• Servicios de diálisis • Equipo y suministros para diálisis en el hogar	Copago de \$0
<b>Examen físico anual (suplementario)</b>	
El examen físico anual de rutina es un examen físico integral que incluye una recopilación de los antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y a la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	Copago de \$0
<b>Servicios quiroprácticos</b>	
<b>Cubierto por Medicare</b> Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral se salen de su posición) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de \$0
<b>Atención de rutina (suplementario)</b> Este beneficio es adicional al servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Cobertura suplementaria para evaluación y tratamiento, radiografías, terapia de manipulación quiropráctica, modalidades, procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades. Los servicios quiroprácticos los brinda un Doctor en Quiropráctica (DC, por sus siglas en inglés) - "un quiropráctico". Los servicios quiroprácticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). Para encontrar un proveedor participante, visite <a href="http://Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP">Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</a> . Si tiene preguntas adicionales, llame al <b>1-800-678-9133</b> , TTY: <b>711</b> , de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.	Copago de \$0 para 12 visitas por año
<b>Acupuntura (suplementario)</b>	
Este beneficio es adicional al servicio de acupuntura cubierto por Medicare. El beneficio incluye la cobertura suplementaria para evaluación y tratamiento, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento de síndromes del dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas que no están cubiertos por los beneficios requeridos por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios de acupuntura son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). Para encontrar un proveedor participante, visite <a href="http://Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP">Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP</a> . Si tiene preguntas adicionales, llame al <b>1-800-678-9133</b> , TTY: <b>711</b> , de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.	Copago de \$0 para 12 tratamientos por año

## Cobertura de beneficios adicionales

### Masajes terapéuticos (suplementarios)

Cobertura suplementaria para masajes terapéuticos, incluidos la evaluación, el masaje o el trabajo de tejidos blandos para el tratamiento de afecciones miofasciales, lesiones musculoesqueléticas y síndromes de dolor. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por parte de proveedores de masajes autorizados, incluidos terapeutas de masajes certificados (LMT, por sus siglas en inglés), y también pueden ser brindados por parte de terapeutas físicos. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). Para encontrar un proveedor participante, visite **Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP**. Si tiene preguntas adicionales, llame al **1-800-678-9133**, TTY: **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Copago de \$0 para 6 visitas por año

### 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, por sus siglas en inglés)

- Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) para tratamientos y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde
- Asesoramiento sobre el uso de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Prueba toxicológica

Copago de \$0

### Cuidado de los pies (servicios de podología)

#### Exámenes y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño en los nervios causado por la diabetes y/o si cumple con las condiciones

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

#### Podología/Cuidado de rutina de los pies (suplementario)

Este beneficio es adicional al servicio de podología cubierto por Medicare. Incluye la cobertura de beneficios suplementarios para servicios clínicos preventivos para la piel de los pies y las uñas de los dedos de los pies, así como la eliminación de callos y durezas, el corte de uñas y la higiene preventiva de los pies. Los servicios de cuidado de rutina de los pies son proporcionados por un Doctor en Medicina Podiátrica (DPM, por sus siglas en inglés) – “un podólogo”. Los servicios de podología son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH). Para encontrar un proveedor participante, visite **Ashlink.com/ash/BCBSAZHCP**. Si tiene preguntas adicionales, llame al **1-800-678-9133**, TTY: **711**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Copago de \$0 para 6 visitas por año

## Cobertura de beneficios adicionales

### Equipos/suministros médicos

**Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)**

(p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

**Suministros médicos/prótesis**

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0

**Servicios y suministros diabéticos**

La autorización previa se aplica solo a las bombas de insulina y no a los suministros habituales (lancetas, tiras reactivas)

Copago de \$0

**Calzado o plantillas terapéuticos** para personas con diabetes

Copago de \$0

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios adicionales suplementarios

#### Membresía para acondicionamiento físico

Copago de \$0 para acondicionamiento físico, acondicionamiento de la memoria y rastreador de actividad.

Membresía de centros de acondicionamiento físico y kits para el hogar. El miembro puede elegir uno de los siguientes artículos para los kits para el hogar, los cuales incluyen la Guía de inicio rápido. La Guía de inicio rápido es una copia impresa con algunos ejercicios sugeridos y más información sobre SilverSneakers.

- Podómetro para contar los pasos diarios
- Pelota SilverSneakers
- Banda de resistencia
- Correa para Yoga
- Inspire 3 Fitbit

SilverSneakers® puede ayudarle a tener una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y las relaciones sociales. Usted tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico con SilverSneakers en sedes participantes,<sup>1</sup> donde puede tomar clases<sup>2</sup> y usar los equipos para hacer ejercicio y otras instalaciones, sin ningún costo adicional para usted. Inscríbase en todos los lugares que quiera, cuando quiera. Usted también tiene acceso a instructores que dictan clases grupales de ejercicio especialmente planeadas de forma virtual, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, la comunidad SilverSneakers le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros de recreación, parques y otros lugares del vecindario. SilverSneakers también lo conecta con una red de soporte y recursos en línea a través de videos SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Usted también obtiene acceso a Burnalong® con una comunidad virtual de apoyo, miles de clases para todos los intereses y habilidades. Active su cuenta en línea gratuita en **SilverSneakers.com** para ver su número de identificación (ID) de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Si tiene otras preguntas, visite **SilverSneakers.com** o llame al **1-888-423-4632**, TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET, por sus siglas en inglés).

Siempre consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicio.

<sup>1</sup> Las sedes participantes ("PL, por sus siglas en inglés") no son propiedad de Tivity Health, Inc ni son administradas por esta ni por sus asociados. El uso de los servicios y las instalaciones de las PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica de la PL en cuestión. Las instalaciones y los servicios varían según la PL.

<sup>2</sup> La membresía incluye las clases grupales de acondicionamiento físico dictadas por un instructor de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la sede.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc.

© 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.



## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios adicionales suplementarios

#### **Tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés), y para alimentos saludables**

Usted puede usar su asignación mensual para comprar artículos OTC y alimentos saludables en tiendas minoristas participantes y en línea. Para comprar artículos OTC, también tiene la opción de usar el catálogo de productos OTC para referencia.

Un copago de \$0 por la cantidad asignada mensual de \$125 combinada para productos OTC y alimentos saludables.

Con este beneficio, la asignación se cargará en su tarjeta Mastercard® Flex Card cada mes para que pague por los alimentos y/o artículos OTC cubiertos.

Los productos cubiertos incluyen los siguientes:

- Alimentos saludables, como frutas y verduras, carnes, mariscos y pescados, productos lácteos, agua, entre otros.
- Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, medicamentos contra el dolor, pasta de dientes, pastillas para la tos y más.

Para realizar un pedido, ver el saldo de la tarjeta, ver todos los artículos OTC, buscar productos elegibles y encontrar tiendas participantes, visite **bcbs-az.thehelperbeesportal.com** o llame al **1-888-454-1423** (TTY:**711**) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona.

Cualquier asignación restante al final del mes expirará y no se transferirá al mes siguiente. Cualquier monto sin usar no se transferirá al siguiente año del plan.

#### **Beneficio de comidas**

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0 hasta un total de 28 comidas por año para miembros que hayan sido dados de alta de un establecimiento para hospitalización o que tengan una afección de salud crónica elegible.

Comidas tras una hospitalización aguda - 14 comidas por admisión:

Para miembros que reciban el alta de un establecimiento para hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados).

Comidas para pacientes con afecciones crónicas - 14 comidas por admisión:

Los miembros que tengan una afección crónica elegible y que estén bajo una administración de atención podrían ser elegibles para recibir comidas saludables. Las afecciones crónicas elegibles incluyen: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), la insuficiencia cardíaca congestiva (CHF, por sus siglas en inglés) y la diabetes (diabetes mellitus o DM).

#### **Línea de consejos de enfermería las 24 horas al 1-888-267-9037**

Acceso a enfermeros registrados las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Copago de \$0

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios adicionales suplementarios

#### Servicios de apoyo en el hogar

Es posible que se requiera una autorización previa

#### Apoyo para los cuidadores de personas inscritas (atención de relevo)

Copago de \$0 para los servicios de apoyo en el hogar.

Los miembros tienen acceso a servicios de apoyo en el hogar y apoyo para los cuidadores de personas inscritas (atención de relevo), entre los que se incluyen: la limpieza ligera, las tareas del hogar, la preparación de comidas, los mandados, los trabajos ligeros de jardinería y la asistencia con otras actividades fundamentales de la vida diaria.

El relevo para cuidadores abarca un respiro temporal para los cuidadores principales, ofreciéndoles un descanso crucial de sus responsabilidades de cuidadores al ofrecer servicios de apoyo en el hogar.

Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.

Se deducirá un total de \$350 de la asignación de \$1,000 para acceder a 30 horas de servicios de apoyo en el hogar, incluido el apoyo para cuidadores (atención de relevo). Los miembros pueden utilizar este beneficio en incrementos de 2 horas o 4 horas. Los servicios de apoyo en el hogar son proporcionados por un asistente certificado de atención de salud en el hogar. Los servicios de apoyo en el hogar y el apoyo a los cuidadores están limitados a 30 horas en total.

Para obtener más detalles sobre estos servicios y asistencia adicional, por favor, visite **bcbs-az.thehelperbeesportal.com** o llame al **1-888-454-1423** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona (abreviado AZ).

#### Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño

Copago de \$0 para los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño

Este beneficio incluye modificaciones temporales en el hogar, como rampas y la colocación de barras de sujeción y de barandas de seguridad en la ducha.

Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.

Para obtener más detalles sobre estos servicios y asistencia adicional, visite **bcbs-az.thehelperbeesportal.com** o llame al **1-888-454-1423** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local de Arizona (abreviado AZ).

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios adicionales suplementarios

#### Telesalud

Copago de \$0 por servicios de telesalud

Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:

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

Para comenzar, visite **bluecareanywhereaz.com**.

#### Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)

Copago de \$0

El Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS), también conocido como "sistema de alertas médicas", brinda un monitoreo continuo, tanto móvil como en el domicilio, a personas de edad avanzada y en riesgo.

El PERS les permite a los miembros llamar para recibir asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, ya sea desde su casa o cuando estén fuera de ella haciendo mandados.

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

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

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas

#### Servicios de tecnología de acceso remoto

Copago de \$0

Los médicos tienen la capacidad de medir a distancia la presión arterial y el peso, así como de monitorear la glucosa, según sea necesario, lo que permite una identificación en tiempo real de afecciones como la presión arterial alta o un nivel elevado de azúcar en la sangre.

Los servicios brindados dependerán de las necesidades específicas del miembro y del plan de atención elaborado con su familia.

- Los dispositivos de salud conectados y las tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM, por sus siglas en inglés) se utilizan junto con la intervención de un médico de atención primaria (PCP) o de un especialista.
- Los dispositivos de salud conectados permiten que los médicos lo monitoreen a distancia, sin que tenga que asistir a citas presenciales.

Los equipos de tecnología de acceso remoto pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Tensiómetros
- Básculas
- Medidores de glucosa no cubiertos por Medicare

Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), usted debe estar participando de manera activa con la administración de cuidados de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una de las siguientes afecciones crónicas que califican:

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC, por sus siglas en inglés)/COVID prolongado

No todos los miembros califican, ya que también podrían aplicar otros criterios de cobertura.

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)

#### **Apoyo general para vivir - Tarjeta Flex Card para apoyo de transición como alojamiento/servicios públicos**

Es posible que se requiera una autorización previa

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una asignación de \$1,000 para ayudar a cubrir los gastos de alojamiento temporal y/o los servicios públicos específicos del hogar, como electricidad, gas natural, alcantarillado, agua y/o servicios telefónicos.

Para poder calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI), usted debe participar de manera activa con la administración de cuidados de BCBSAZ Health Choice Pathway. También debe tener una hospitalización reciente por diabetes o una afección médica que empeoró debido a la prediabetes o a la diabetes. No todos los miembros califican, ya que también podrían aplicar otros criterios de cobertura.

Los fondos no están destinados a asistencia de alquiler o hipoteca.

Todo el dinero de beneficios sin usar de la tarjeta Mastercard® Flex Card expirará al final del año.

Es importante tener en cuenta que, si usted es elegible para el beneficio de alojamiento y servicios públicos, no recibirá otra tarjeta Mastercard® Flex Card adicional por correo postal. En lugar de eso, el dinero de beneficios de alojamiento y servicios públicos se agregará automáticamente a la tarjeta Mastercard® Flex Card.

Si cree que cumple con los requisitos y no ha recibido su tarjeta Mastercard® Flex Card o desea obtener más información sobre este beneficio, por favor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**.

Por último, tenga en cuenta que este beneficio es para su uso exclusivo; no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.

## Cobertura de beneficios adicionales

### Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)

#### Reparaciones en el hogar

Es posible que se requiera una autorización previa

Copago de \$0 para las reparaciones en el hogar.

Este beneficio incluirá la ampliación de pasillos o entradas; la colocación de rampas de movilidad permanentes; y manijas (chapas) y grifos de uso sencillo.

Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), usted debe estar participando de manera activa con la administración de cuidados de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una de las siguientes afecciones crónicas que califican:

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Diabetes
- Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado

No todos los miembros califican, ya que también podrían aplicar otros criterios de cobertura.

Usted tiene una cantidad asignada anual máxima de \$1,000 combinada por año entre los servicios de apoyo en el hogar, los dispositivos de seguridad y las modificaciones para el hogar y el baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en el hogar.

Si cree que cumple con los requisitos para este beneficio y no ha recibido su tarjeta prepagada Mastercard® Flex Card o desea obtener más información sobre este beneficio, por favor, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **[azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway)**.

#### Modelo de Diseño de seguro basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés)

Si califica para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados, usted es elegible para el beneficio de alimentos saludables. Este es un beneficio combinado con el de productos de venta libre (OTC). Una asignación de \$125 se cargará en su tarjeta Mastercard® Flex Card cada mes para que pague los alimentos y/o los artículos OTC cubiertos.

Los productos cubiertos incluyen los siguientes:

- Alimentos saludables, como frutas y verduras, carnes, mariscos y pescados, productos lácteos, agua, entre otros.
- Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, medicamentos contra el dolor, pasta de dientes, pastillas para la tos y más.

Para obtener información adicional, por favor, consulte la sección anterior Tarjeta para productos de venta libre (OTC), y para alimentos saludables.

# Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

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, por sus siglas en inglés).

A una persona que tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan de Medicaid estatal se le denomina beneficiario con “elegibilidad doble”. 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 beneficios completos de AHCCCS (Medicaid) y/o el pago de una parte o de todo su costo compartido de Medicare (primas, deducibles, coaseguros o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), es posible que no sea responsable de ningún costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare.

## **A continuación, se muestra una lista de categorías de cobertura de elegibilidad doble para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan de BCBSAZ Health Choice Pathway:**

- **QMB-plus (o QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga los montos de sus primas, deducibles, coaseguros y copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid después de su cobertura de Medicare. Esto significa que, si Medicare no cubre algo, 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 sus primas de la Parte B de Medicare y también proporciona los beneficios completos de Medicaid después de su beneficio de Medicare.
- **Doble elegibilidad con beneficios completos (FBDE, por sus siglas en inglés):** en ocasiones, los individuos pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare y para los 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

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

## **Si usted es beneficiario de SLMB-plus o FBDE:**

Es elegible para los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid) y, en ocasiones, para el costo compartido limitado 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 BCBSAZ Health Choice Pathway también tienen 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 suplementarios 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 su cobertura de AHCCCS (Medicaid) por completo, se le dará un periodo de gracia para que pueda volver a solicitar la cobertura de AHCCCS (Medicaid) y para que se le reincorpore, si es que todavía califica.

Si ya no califica para recibir AHCCCS (Medicaid), es posible que se cancele su inscripción al plan de forma involuntaria. La agencia de Medicaid de su estado le enviará una notificación sobre su pérdida de cobertura de AHCCCS (Medicaid) o sobre el cambio en la 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 y/o su número de teléfono.



Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de AHCCCS (Medicaid), consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos de Medicaid de su estado para obtener información detallada y completa sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de AHCCCS (Medicaid). 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, por sus siglas en inglés).

\* 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

El cuadro a continuación muestra los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid). El cuadro se aplica solamente si usted tiene derecho a recibir los beneficios del programa de Medicaid de su estado. Su costo compartido varía según su categoría de AHCCCS (Medicaid).

Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el plan de AHCCCS o visite el sitio web [www.azahcccs.gov](http://www.azahcccs.gov) para obtener información adicional relacionada con los beneficios, los copagos y los costos compartidos de los beneficiarios.

Los programas de cuidados agudos de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), ACC Regional Behavioral Health Agreements (ACC-RBHA) y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (Mercy Care DCS CHP, por sus siglas en inglés). Entre los programas de Medicaid de atención a largo plazo se incluyen el de Personas de la tercera edad y discapacitados físicos (E-PD, por sus siglas en inglés) y el de la División de discapacidades del desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés).

Los montos de los copagos de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, excepto para los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que tienen enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) utilizando fondos permitidos fuera del Título XIX.

<b>Cuadro de los beneficios cubiertos por Medicaid</b>		
	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>
<b>Información importante</b>		
<b>Información sobre primas y otra información importante</b> Si recibe Ayuda adicional de Medicare, su prima mensual del plan será más baja o podría ser que no pague nada.	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).
<b>Elección de médicos y hospitales</b> (Para obtener más información, consulte los servicios de Atención de emergencia y de Atención de urgencia necesaria).	Usted debe ir con médicos, con especialistas y a hospitales que acepten la asignación de Medicaid. Se requiere una remisión para especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.	Usted debe ir con médicos, con especialistas y a hospitales que acepten la asignación 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

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

## Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo

	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>
<b>Servicios de atención ambulatoria</b>		
<b>Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio</b> (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Visitas al consultorio del médico: Visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y al médico especialista</b>	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 personas de 20 años o menos.
<b>Equipo médico duradero</b> (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.	Copago de \$0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.
<b>Servicios de emergencia</b> (usted puede acudir a cualquier Sala de Emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones para ajuste de aparatos auditivos</b>	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
<b>Aparatos auditivos</b>	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
<b>Servicios de salud a domicilio</b> (como servicios de enfermería, asistente de salud en casa y terapia).	Copago de \$0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.	Copago de \$0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.
<b>Visita de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios</b>	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 elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
<b>Servicios de atención ambulatoria</b>		
<b>Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$3 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para personas de 20 años o menos.
<b>Atención ambulatoria por abuso de sustancias</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Servicios de podología</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Dispositivos protésicos</b> (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.
<b>Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Visita de atención de urgencia</b>	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$4 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de \$0 para personas de 20 años o menos.
<b>Servicios de visión, examen ocular de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y armazones</b>	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más, a menos que sea después de una cirugía de cataratas.	Copago de \$0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
<b>Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en etapa terminal</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
<b>Beneficios de medicamentos recetados</b>		
<b>Medicamentos recetados</b>	Copago de \$0 Para medicamentos no elegibles para el pago 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 personas de 20 años o menos. Para medicamentos no elegibles para el pago bajo la Parte D de Medicare.

## Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo

	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>	<b>Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:</b>
<b>Servicios preventivos</b>		
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

## Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo

<b>Servicios de relevo</b>	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
<b>Servicios de centros de enfermería</b>	El costo compartido es determinado por AHCCCS.	El costo compartido es determinado por AHCCCS.
<b>Servicios comunitarios y en el hogar</b>	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS.	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS.
<b>Servicios dentales preventivos para adultos</b> Además de los servicios dentales 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 periodo 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 periodo de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

# Glosario de términos

---

## **Autorización previa**

Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el vademécum.

## **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.

## **Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)**

La agencia federal que administra Medicare.

## **Coaseguro**

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

## **Copago**

Un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo por 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. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos:

(1) cualquier monto de 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”, 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 atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

## **Medicaid (AHCCCS o Asistencia Médica)**

Un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con 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.

## **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. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

## **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).



# Glosario de términos

---

## **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 su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya.

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

## **Monto máximo de gastos de bolsillo**

El monto más alto que paga como costo de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte 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 usted es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS [Medicaid], muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo).

## **Parte C**

Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

## **Parte D**

El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

## **Plan de necesidades especiales**

Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que viven en una residencia para personas de la tercera edad y convalecientes, o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

## **Plan Medicare Advantage (MA)**

A veces llamado “Parte C de Medicare”. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle a usted todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) Organización para el mantenimiento de la salud [HMO, por sus siglas en inglés], ii) Organización de proveedores preferentes [PPO, por sus siglas en inglés], iii) un plan Privado de pago por servicio [PFFS, por sus siglas en inglés] o iv) un plan de Cuenta de ahorros médicos de Medicare [MSA, por sus siglas en inglés]. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP, por sus siglas en inglés). 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”.

## **Prima**

El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura médica o de medicamentos recetados.



# Notice of Non-Discrimination



Health  
Choice

## In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) 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 pregnancy and sexual orientation). BCBSAZ Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy and sexual orientation).

BCBSAZ 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:

BCBSAZ 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 BCBSAZ 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 pregnancy and sexual orientation), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ 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](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.

BCBSAZ Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587\_D40034PY25\_C

# Aviso de No Discriminación

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



Health  
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual). BCBSAZ Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo y la orientación sexual).

BCBSAZ 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:

BCBSAZ 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 BCBSAZ 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 (incluido el embarazo y la orientación sexual), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ 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](https://hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html)**.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.  
H5587\_D40034PY25\_C

# Multi-language Interpreter Services



Health  
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-656-8991**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-656-8991**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Navajo:** T'áa hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áa jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjji' **1-800-656-8991** nihich'ji' hodílnih. T'áa háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áa jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费<sup>的</sup>翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-800-656-8991**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-656-8991**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-656-8991**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-656-8991**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-656-8991** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

# Multi-language Interpreter Services



Health  
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-656-8991**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات للمترجم الفوري للمجانية للإجابة عن أي سئلة تتعلق بالصحة وأ جدول لأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليسع ليك سوى الاتصال بنظ لي.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-656-8991** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-656-8991**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-656-8991**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-656-8991**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-656-8991**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-656-8991** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。





**¿Tiene alguna pregunta sobre nuestros beneficios?**

**Llame a Servicios para Miembros:**

**1-800-656-8991, TTY: 711**

8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana

**[HCHComments@azblue.com](mailto:HCHComments@azblue.com)**

**Visite nuestro sitio web:**

**[azblue.com/hcpathway](http://azblue.com/hcpathway)**



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health  
Choice**