2026
Resumen de Beneficios

Health Choice Pathway
(HMO D-SNP)

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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

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

1 de enero de 2026 – 31 de diciembre de 2026

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

Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de nuestra 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 consultar el directorio de farmacias y el de proveedores del plan en nuestro sitio web, **azblue.com**/hcpathway, o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias.

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 nuestro EOC en nuestro sitio web en **azblue.com**/hcpathway.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Health Choice Pathway, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés), y 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 formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: **azblue.com**/hcpathway, o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

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

Nota: El formulario, 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 al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como 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 cubre Health Choice Pathway y 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 TTY deben llamar al **1-877-486-2048.**

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

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, 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 de Resumen de beneficios de Health Choice Pathway 2026

Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga $0. Las primas, los copagos, los coaseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda adicional que usted reciba.

Prima mensual, deducibles y límites	
Prima mensual del plan de salud	$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Monto máximo de gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en Health Choice Pathway (su monto máximo de gastos de bolsillo) es $8,800. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo completo de gastos de bolsillo, nosotros pagaremos por todos los servicios de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Cobertura hospitalaria para pacientes internados	
Es posible que se requiera una autorización previa	Usted paga un copago de $0 por los días 1 – 90 de hospitalización 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 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	
Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal **Evaluaciones y asesoramiento sobre el abuso del alcohol** **Visita anual de bienestar** **Mediciones de masa ósea** **Examen de detección de cáncer de mama (mamografía):** **Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)** **Detección de enfermedades cardiovasculares (análisis de sangre)** **Detección del cáncer de cuello uterino y vaginal (Papanicolaou y examen pélvico)** **Pruebas de detección del cáncer colorrectal (pruebas de biomarcadores en sangre, colonoscopias, colonografía por tomografía computarizada (TC), pruebas de sangre oculta en heces, sigmoidoscopias flexibles, pruebas de ADN en heces multiobjetivo).** **Asesoramiento para prevenir el consumo de tabaco y las enfermedades causadas por el tabaco.** **Detección de la depresión** **Detección de la diabetes** **Capacitación para el automanejo de la diabetes** **Detección de glaucoma** **Vacuna contra la hepatitis B y su administración** **Detección del virus de la hepatitis B** **Detección del virus de la hepatitis C** **Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés)** **Examen físico preventivo inicial (IPPE, por sus siglas en inglés)** **Detección del cáncer de pulmón [tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) de baja dosis]** **Servicios de terapia nutricional médica** **Programa de Medicare para la Prevención de Diabetes** **Detección de la obesidad y terapia conductual** **Servicios preventivos prolongados** **Detección del cáncer de próstata** **Detección y asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual** **Vacunas (vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la gripe, vacunas contra el neumococo)** **Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (única vez)**	Copago de $0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de atención de emergencia	
Atención de emergencia	Copago de $0 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare
Servicios de urgencia	
Atención de urgencia	Copago de $0 para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Servicios de laboratorio de imágenes	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
Servicios de laboratorio Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
Servicios de radiología de diagnóstico (p. ej., imagen de resonancia magnética [MRI, por sus siglas en inglés], tomografía computarizada [CT, por sus siglas en inglés]) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
Radiografías ambulatorias	Copago de $0
Radiología terapéutica Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
Servicios de audición	
Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare Solo están cubiertos cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.	Copago de $0
Examen de audición de rutina (Beneficio suplementario)	Copago de $0 Un examen por año
Audífonos y ajuste de audífonos (Beneficio suplementario) Los servicios están cubiertos por los proveedores de TruHearing®. Incluye la adaptación y evaluación de audífonos. Para programar una cita o hacer preguntas, llame al **1-833-723-1154,** TTY: **711,** de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. m., hora estándar de la montaña.	Copago de $0 por ajuste de audífonos, sin límite cada año. Copago de $0 para audífonos Hasta dos audífonos (uno por oído, cada 3 años)
Servicios dentales	
Servicios dentales cubiertos por Medicare 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 e integrales (Beneficio suplementario) **Servicios dentales diagnósticos y preventivos, 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, que pueden consistir en: - Radiografías de aleta de mordida o - Un juego completo, también conocido como juego completo de radiografías (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses. **Servicios dentales integrales, que incluyen:** • 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 extracción. • Dentaduras postizas - Se cubren una vez cada cinco años - Hasta cuatro ajustes por año	Copago de $0 por servicios dentales (suplementario) Beneficio máximo de $3,500 por año calendario para servicios dentales de diagnóstico y prevención y servicios dentales integrales.
Servicios de la vista	
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 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 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 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
Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios	Copago de $0
Centro de enfermería especializada	
Es posible que se requiera una autorización previa	Usted paga un copago de $0 por los días 1-100 de estancia en un centro de enfermería especializada.
Servicios de sangre para pacientes 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 cardíaca 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 por servicios de ambulancia terrestre y aérea
Transporte	
Este beneficio está disponible para ayudarle a obtener atención y servicios médicamente necesarios. **Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:** • Servicio de acera a acera • Furgonetas con acceso para sillas de ruedas, 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 de ida y vuelta 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 o 20% de coseguro Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga $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 escalonada**	Copago de $0 o 20% de coseguro Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga $0. La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir probar un medicamento de la Parte B o de la Parte D.

Beneficios de medicamentos recetados

Beneficio de la Parte D

Solo cubierto por Medicare

Si usted califica para el Subsidio por bajos ingresos (LIS), su participación en los costos de los medicamentos de la Parte D del formulario se reduce o se exime, dependiendo de sus ingresos y de su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Los siguientes copagos se aplican a los miembros elegibles para LIS:

Etapa de cobertura inicial: Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Su deducible anual es $0 o $615. Sus montos de costos compartidos para los medicamentos son:

	Medicamentos genéricos/ tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido 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).	**Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o por correo, suministro para 31 o 100 días, costos compartidos de atención a largo plazo (LTC), Suministro para 34 días).**
Miembros institucionalizados	$0	$0
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) de hasta el 100%	$1.60	$4.90
Miembros con doble elegibilidad y beneficios completos (FBDE) entre el 100 % y el 150% del nivel federal de pobreza (FPL)	$5.10	$12.65
Miembros QMB/QMB+/SLMB+ con un nivel federal de pobreza (FPL) en o inferior al 150%	$5.10	$12.65
Si no recibe "Ayuda adicional" o pierde su derecho para el Subsidio por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés), 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 $2,100.
Luego, usted pasa a la Etapa de cobertura catastrófica: Etapa de cobertura catastrófica: En esta etapa, Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. El 1 de enero de 2027, 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.

Beneficios adicionales cubiertos	
Servicios para el tratamiento de enfermedad renal	
• Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Copago de $0
• Servicios de diálisis • Equipos y suministros para diálisis en el hogar	Copago de $0
Examen físico anual (suplementario)	
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
Servicios quiroprácticos	
Medicare-covered Manipulación de la columna vertebral cubierta por Medicare 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
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
Servicios de podología (atención de los pies)	
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

Beneficios adicionales cubiertos	
Equipos/suministros médicos	
Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
Suministros médicos/prótesis Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0
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 o 20% de coseguro Si califica para la asistencia para los costos compartidos de Medicare mediante AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.
Calzado terapéutico o plantillas para personas con diabetes	Copago de $0

Beneficios adicionales cubiertos	
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 a través de SilverSneakers en los centros participantes,[1] donde puede tomar clases[2] y usar equipo de ejercicio y otras comodidades, sin 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. 1. Los lugares participantes (“PL”) no son propiedad de Tivity Health, Inc. o sus filiales ni son dirigidos por ellas. El uso de los servicios y las instalaciones de los PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica del PL en cuestión. Las instalaciones y los servicios varían por PL. No se garantiza la inclusión de PL específicos y la participación de PL puede variar según el plan de salud. 2. La membresía incluye las clases grupales de acondicionamiento físico dictadas por un profesor de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según el lugar. Burnalong es una marca comercial registrada de Burnalong, Inc. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios adicionales suplementarios	
Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) La asignación trimestral se puede utilizar para comprar artículos de venta libre ya sea en línea a través de un catálogo o en tiendas participantes utilizando la Flex Card.	Copago de $0 por $50 cada tres meses para productos de venta libre. Con este beneficio, el subsidio se cargará a su Tarjeta Flex cada tres meses para pagar los artículos de venta libre cubiertos. Los artículos cubiertos incluyen los siguientes: • Productos de venta libre de marca y genéricos, como vitaminas, medicamentos contra el dolor, pasta de dientes, pastillas para la tos y más. Para realizar un pedido, consultar el saldo de la tarjeta, ver artículos de venta libre (OTC), buscar productos elegibles y encontrar las tiendas participantes, visite **bcbs-az.thehelperbeesportal.com** o llame al **1-888-454-1423,** TTY: **711,** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local de Arizona. Cualquier saldo restante al final del trimestre caducará y no se transferirá al mes siguiente. Cualquier asignación sin usar no se transferirá al siguiente año del plan.
Beneficio de comidas Es posible que se requiera una autorización previa	Copago de $0 hasta un total de 56 comidas por año para miembros que hayan sido dados de alta de un centro hospitalario o que tengan una afección de salud crónica elegible. Comidas tras cuidados agudos – 28 comidas por ingreso: Miembros recientemente dados de alta de un centro hospitalario (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación para pacientes internados). Comidas por enfermedades crónicas – 28 comidas por ingreso: Los miembros con una afección crónica que cumpla los requisitos y que estén bajo administración de la atención podrían calificar para recibir comidas saludables. Las afecciones crónicas que cumplen los requisitos incluyen: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés), la insuficiencia cardiaca 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
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

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios adicionales suplementarios	
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 desde fuera de su domicilio. • 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.**
Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas	
Productos y alimentos saludables	Copago de $0 por una asignación de $225 cada tres meses para alimentos y productos saludables. Para los miembros con una afección crónica elegible, se carga una asignación trimestral en la tarjeta flexible para pagar los alimentos saludables aprobados. Para calificar para este beneficio del programa de Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), debe padecer una de las siguientes afecciones crónicas aprobadas por el plan: • Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés); • Trastornos cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Diabetes mellitus; • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico. • Enfermedad gastrointestinal crónica; • Trastornos pulmonares crónicos; • Trastornos mentales crónicos e incapacitantes; • Afecciones crónicas que afectan a la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato. • Condiciones que requieren servicios terapéuticos continuados para que las personas puedan mantener o conservar su funcionamiento. No todos los miembros califican. Para realizar un pedido, consultar el saldo de la tarjeta, ver artículos de venta libre (OTC), buscar productos elegibles y encontrar las tiendas participantes, visite **bcbs-az.thehelperbeesportal.com** o llame al **1-888-454-1423,** TTY: **711,** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local de Arizona. Las asignaciones no utilizadas no se transfieren al trimestre siguiente. La asignación restante al final del año no se transfiere al año siguiente del plan.

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 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 Health Choice Pathway también presentan un costo compartido de $0. En ocasiones poco frecuentes, usted pagará el 20%* cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por AHCCCS (Medicaid).

Nota – Los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios 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, por sus siglas en inglés), 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** 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). Los programas de Medicaid de atención a largo plazo incluyen Ancianos y discapacitados físicos (E-PD) y 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, pero sí pueden ayudar con el pago de medicamentos de salud conductual a aquellos beneficiarios diagnosticados con una enfermedad mental grave (SMI, por sus siglas en inglés) usando fondos permitidos que no sean del Título XIX.

Cuadro de los beneficios cubiertos por Medicaid		
	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:**
Información importante		
Información sobre primas y otra información importante 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).
Elección de médicos y hospitales (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		
	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:**
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes internados	Copago de $0	Copago de $0
Hospitalización para atención de salud conductual	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de centros de enfermería	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de $0	Copago de $0
Visita al centro de cirugía ambulatoria o al centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0 a $3 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de $0 para personas de 20 años o menos.
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la administración de casos crónicos/complejos, etc.	Copago de $0	Copago de $0 para personas de 20 años o menos. Sin cobertura para personas de 21 años o más.
Visitas a quiroprácticos	Copago de $0	$0 para personas de 20 años o menos; $0 a $2.30, para personas de 21 años o más dependiendo de la elegibilidad, para hasta 20 visitas médicamente necesarias a partir del 1 de octubre de cada año (se podrían autorizar visitas adicionales si son médicamente necesarias)
Servicios dentales de emergencia para adultos	Copago de $0 Para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de $0 Para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una visita al PCP)	Copago de $0	Copago de $0

Programas de Medicaid de atención aguda y de atención a largo plazo		
	Como beneficiario del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS) – Con 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:**
Servicios de atención ambulatoria		
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de $0	Copago de $0
Visitas al consultorio del médico: Visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y al médico especialista	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.
Equipo médico duradero (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.
Servicios de emergencia (usted puede acudir a cualquier Sala de Emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Copago de $0	Copago de $0
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones para ajuste de aparatos auditivos	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.
Aparatos auditivos	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.
Implantes cocleares	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de salud a domicilio (como servicios de enfermería, asistente de salud en el hogar 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.
Visita de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0
Terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0 a $3 según la elegibilidad para personas de 21 años o más. Copago de $0 para personas de 20 años o menos.

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:**
Servicios de atención ambulatoria		
Atención ambulatoria por abuso de sustancias	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de podología	Copago de $0	Copago de $0
Visita de atención de urgencia	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.
Servicios de visión, examen ocular de rutina, anteojos, lentes de contacto, cristales y armazones	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.
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en etapa terminal	Copago de $0	Copago de $0
Beneficios de medicamentos recetados		
Medicamentos recetados	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.
Servicios preventivos		
Incluyen vacunas contra la gripe, el COVID-19 y la neumonía; mamografía de detección; prueba de Papanicolaou y examen pélvico; detección de cáncer de próstata; y detección de cáncer colorrectal.	Copago de $0	Copago de $0
Visita de un trabajador comunitario de salud (CHW, por sus siglas en inglés)	Copago de $0	Copago de $0

Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo		
Servicios de relevo	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.
Servicios de centros de enfermería	El costo compartido es determinado por AHCCCS.	El costo compartido es determinado por AHCCCS.
Servicios comunitarios y en el hogar	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS.	La contribución del miembro es determinada por AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos 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 período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de $0 para personas de 21 años o más. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

Glosario de términos

Centros 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.

Ayuda adicional

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

Monto máximo de gastos de bolsillo

El monto 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).

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.

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

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”.

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.

Parte C

Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D

El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D

Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. 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.

Prima

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

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 formulario.

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, o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Notice of Non-Discrimination

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

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.**

Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.
H5587_D42756PY26_C

Aviso de No Discriminación

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

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

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 licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.
H5587_D42756PY26_C
1974758-25

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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
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).

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).

Navajo: Diné bee yáníłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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。致电 1-800-656-8991（文本电话 711）。

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）。

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).

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).

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 (Người khuyết tật: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste 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).

Korean: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다.
1-800-656-8991 (TTY: 711).

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. Позвоните по телефону 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

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 على الرقم 1-800-656-8991 (للتواصل مع 711).

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).

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 l 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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).

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. Ligue 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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).

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）。

NOTAS:

NOTAS:

¿Preguntas sobre nuestros beneficios?
Llame al Departamento de Servicios para Miembros:

1-800-656-8991, TTY: 711

Los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.
HCHComments@azblue.com

Visite nuestro sitio web en:

azblue.com/hcpathway

BlueCross BlueShield Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health Choice