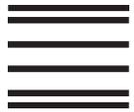


NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 788 PHOENIX, AZ

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

HEALTH CHOICE PATHWAY (HMO D-SNP)
P.O. BOX 52033
PHOENIX, AZ 85072-9679



BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene 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 (AZ Blue), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

*La tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos se distribuye en \$125 al mes.

**Para calificar para este beneficio del programa de los Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés), debe participar activamente en nuestro programa de administración de la atención y padecer de complicaciones de prediabetes o de diabetes; haber sido hospitalizado recientemente por diabetes; o tener un problema médico que empeoró debido a prediabetes o a diabetes. No todos los miembros califican, ya que también se podrían aplicar otros criterios de cobertura.

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-656-8991**, TTY: **711**.

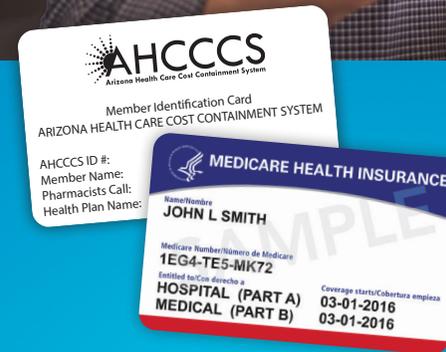
Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiłk'eh, éí ná hóló, kójjí' hódíłłnih **1-800-656-8991**, TTY: **711**.

H5587_D39685PY25_M



8220 N. 23rd Avenue
Phoenix, AZ 85021

azblue.com/hcpathway



¿Tiene Medicare y Medicaid?

Obtenga más atención y beneficios extra sin costo alguno.



1662406-24



Maximice su cobertura de salud ¡sin costo adicional para usted!

Los beneficios extra sin costo adicional incluyen:



\$3,500

de cantidad asignada para servicios dentales integrales, como coronas, empastes, extracciones, puentes y dentaduras postizas



\$1,500 de cantidad asignada en la tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos y productos agrícolas

para usarse en artículos de salud de venta libre y en alimentos saludables y para productos agrícolas*



\$350 de cantidad asignada

para visión para usarse en anteojos y/o lentes de contacto, y en 1 examen ocular de rutina



\$1,500 de cantidad asignada

para aparatos auditivos, para ambos oídos combinados, y 1 examen de audición de rutina, y 1 evaluación/adaptación



\$1,000 de cantidad asignada para Servicios de apoyo en el hogar y para modificaciones del hogar

para usarse en modificaciones del hogar y en actividades de la vida diaria, incluyendo limpieza, quehaceres del hogar, y más.



Consejero (Buddy) de atención médica

A cada miembro se le asigna un consejero de atención médica. ¡Su consejero está a solo una llamada de distancia!

ADEMÁS:

- **\$1,000 en la tarjeta Flex Card para alojamiento y para servicios públicos****
- **Servicios de quiropráctica suplementarios – 12 visitas**
- **Servicios de podología suplementarios – 6 visitas**
- **Servicios de acupuntura suplementarios – 12 visitas**
- **Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS, por sus siglas en inglés)**
- **Servicios de masajes terapéuticos suplementarios – 6 visitas**
- **Beneficio de acondicionamiento físico**
- **Servicios de transporte**

No se lo pierda. ¡Inscríbese hoy!

1-855-243-3935, TTY: 711

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

¡Escanee para obtener más información!



¿Desea obtener más información? ¡Podemos ayudarle!

Llene esta tarjeta y envíenla por correo postal (no se necesita franqueo). Un representante de ventas se comunicará con usted para responder a sus preguntas.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

El mejor momento para llamarme: _____



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health Choice

azblue.com/hcpathway/extras