

# Aviso anual de cambios para **2025**



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



Brindamos nuestros servicios a los condados de Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

**Health  
Choice**

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

# Aviso anual de cambios para 2025



Actualmente, usted está inscrito como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP). El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan.

**Consulte la página 6 para ver un resumen de los costos importantes, incluida la prima.**

Este documento brinda información sobre los cambios en su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las normas, consulte la *Evidencia de cobertura*, la cual se encuentra en nuestro sitio web en [azblue.com/hcpathway](https://azblue.com/hcpathway). También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo postal una *Evidencia de cobertura*.

## Qué hacer ahora

### 1 PREGUNTE: qué cambios se aplican a usted

- Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan a usted.
  - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluyendo las restricciones de cobertura y el costo compartido.
  - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
  - Consulte los cambios en la "Lista de medicamentos" de 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
  - Compare la información del plan de 2024 y la del plan de 2025 para ver si alguno de estos medicamentos se ha movido a un nivel de costo compartido diferente o estará sujeto a restricciones diferentes, como autorización previa, terapia por pasos o límite de cantidad para 2025.
- Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- Verifique si califica para ayuda con el pago de los medicamentos recetados. Las personas con ingresos limitados podrían calificar para la "Ayuda adicional" de Medicare.
- Piense en si está contento con nuestro plan.



## 2 **COMPARE:** conozca otras opciones de planes

- Verifique la cobertura y los costos de los planes en su área. Use el Buscador de planes de Medicare en el sitio [www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2025*. Para ayuda adicional, comuníquese a su Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que haya delimitado sus opciones a un plan de su preferencia, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3 **ELIJA:** decida si desea cambiar de plan

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2024, permanecerá en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Para **cambiarse a un plan diferente**, puede cambiar de plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Con eso termina su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Consulte la Sección 4 de la página 16 para saber más sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo) o vive actualmente en uno de esos lugares, puede cambiar de plan o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado) en cualquier momento. Si recientemente se mudó de una institución, tiene una oportunidad de cambiar de plan o de cambiarse a Medicare Original por dos meses completos después del mes en el que se mudó de allí.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en inglés.
- Comuníquese a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en otros idiomas diferentes al inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros al número especificado arriba.
- **La cobertura mediante este plan califica como Cobertura médica calificada (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en **[www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families)**.

## Acerca de BCBSAZ Health Choice Pathway

- 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. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia a BCBSAZ Health Choice Pathway.
- BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.



# Aviso anual de cambios para 2025

## Índice

---

<b>Resumen de costos importantes para 2025 .....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway en 2025 .....</b>	<b>7</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>8</b>
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual.....	8
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo.....	8
Sección 2.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	9
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	10
Sección 2.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.....	12
<b>SECCIÓN 3 Cambios administrativos .....</b>	<b>15</b>
<b>SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>16</b>
Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) .....	16
Sección 4.2 Si desea cambiar de plan.....	16
<b>SECCIÓN 5 Fecha límite para cambiar de plan.....</b>	<b>17</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid.....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 8 ¿Preguntas? .....</b>	<b>20</b>
Sección 8.1 Cómo recibir ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP).....	20
Sección 8.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	21
Sección 8.3 Cómo obtener ayuda de Medicaid.....	21

# Resumen de costos importantes para 2025

La siguiente tabla compara los costos de 2024 y los costos de 2025 para BCBSAZ Health Choice Pathway en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si califica para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, por las consultas en el consultorio del médico y por las hospitalizaciones.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.	\$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
<b>Consultas en el consultorio del médico</b>	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con especialistas: \$0 de copago por consulta	Consultas de atención primaria: \$0 de copago por consulta Consultas con especialistas: \$0 de copago por consulta
<b>Atención hospitalaria para pacientes internados</b>	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de hospitalización por cada período de beneficios.</p> <p>Nuestra póliza también incluye cobertura para 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que le proporcionamos. Si la hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p> <p>Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de hospitalización por cada período de beneficios.</p> <p>Nuestra póliza también incluye cobertura para 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que le proporcionamos. Si la hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales.</p> <p>Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>Si usted es elegible para recibir asistencia para compartir los costos de Medicare bajo Medicaid, usted paga \$0.</p>

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.5 para obtener más información).	Deducible: \$0 Para todos los medicamentos cubiertos: Copago de \$0	Deducible: \$0 Para todos los medicamentos cubiertos: \$0 de copago
<b>Monto máximo de bolsillo</b> Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).	\$7,550 Si usted califica para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,400 Si usted califica para recibir asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

## SECCIÓN 1

# A menos que elija otro plan, será inscrito automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway en 2025

**Si no hace nada en 2024, lo inscribiremos automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway HMO D-SNP.** Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2025, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original, y obtener su cobertura de medicamentos recetados a través de un plan de medicamentos recetados, debe hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

## SECCIÓN 2

# Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

### Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo de bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga de su bolsillo durante el año. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo. Una vez que alcanza este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Monto máximo de bolsillo</b>	\$7,550	\$8,400
<b>Dado que nuestros miembros también reciben asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo.</b>  Si califica para recibir asistencia de Medicaid con los copagos de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.  Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. Su prima del plan y sus costos para medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$8,400 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, usted no pagará nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año calendario.



## Sección 2.3 – Cambios en las redes de proveedores y farmacias

Los montos que paga por los medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los surte en una de las farmacias de nuestra red. Nuestra red incluye farmacias con costo compartido preferido, las cuales pueden ofrecerle costos compartidos más bajos que los costos compartidos estándares que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Los directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo postal un directorio, el cual enviaremos dentro de los siguientes tres días hábiles.

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. **Revise el Directorio de proveedores de 2025 en azblue.com/hcpathway para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año **Revise el Directorio de farmacias de 2025 en azblue.com/hcpathway para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos cambiar los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores), y las farmacias que forman parte de su plan en el transcurso del año. Si un cambio de proveedores que se realice a mitad del año le afecta, comuníquese a Servicios para Miembros para que podamos ayudarle.

## Sección 2.4 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga en cuenta que en el *Aviso anual de cambios* se informan los cambios en los beneficios y costos de Medicare.

El próximo año, realizaremos cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios dentales</b>	Usted tiene cobertura por hasta un máximo de \$4,000 para servicios dentales integrales por año.	Usted tiene cobertura por hasta un máximo de \$3,500 para servicios dentales integrales por año.
<b>Servicios dentales integrales (suplementario)</b>		
<b>Tarjeta Flex Card para servicios dentales, de visión y de audición (suplementario)</b>	Usted tiene un máximo de \$1,000 como cantidad asignada en la tarjeta Flex Card para servicios dentales, de visión y de audición por año.	La tarjeta Flex Card para servicios dentales, de visión y de audición <u>no</u> está cubierta.
<b>Servicios de audición de rutina (suplementario)</b>	Usted tiene cobertura de un máximo de hasta \$2,500 por año, ambos oídos combinados, para la compra de un(os) aparato(s) auditivo(s).	Usted tiene cobertura de un máximo de hasta \$1,500 por año, ambos oídos combinados, para la compra de un(os) aparato(s) auditivo(s).
<b>Dispositivos de seguridad y modificaciones para el hogar y el baño (suplementario)</b>	Usted tiene una cantidad asignada anual máxima combinada de \$900 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.	Usted tiene una cantidad asignada anual máxima combinada de \$1,000 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.
<b>Servicios de apoyo en el hogar (suplementario)</b>		
<b>Apoyo para los cuidadores de las personas inscritas - atención de relevo (suplementario)</b>		
<b>Reparaciones en el hogar</b>	Usted tiene una cantidad asignada anual máxima combinada de \$900 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.	Usted tiene una cantidad asignada anual máxima combinada de \$1,000 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.
<b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</b>		
		Puede requerirse autorización previa.

Costo	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Reparaciones en el hogar</b> <b>Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)</b>		Para calificar para estos Beneficios suplementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI), usted debe estar activamente comprometido con nuestro programa de administración de la atención y tener una de las siguientes afecciones crónicas: insuficiencia cardíaca crónica (CHF, por sus siglas en inglés); trastornos pulmonares crónicos; diabetes; secuelas posagudas del síndrome respiratorio agudo severo [SARS, por sus siglas en inglés] por infección de coronavirus de tipo 2 [CoV-2, por sus siglas en inglés] (en conjunto PASC, por sus siglas en inglés) / enfermedad por coronavirus (COVID, por sus siglas en inglés) prolongado. No todos los miembros califican, ya que también se podrían aplicar otros criterios de cobertura.
<b>Beneficio de comidas (suplementario)</b>	Usted paga \$0 de copago por hasta 140 comidas en total por año.  Comidas tras una hospitalización por un padecimiento agudo: 70 comidas por ingreso  Comidas para pacientes con afecciones crónicas: 70 comidas por ingreso	Usted paga \$0 de copago por hasta 28 comidas en total por año.  Comidas tras una hospitalización por un padecimiento agudo: 14 comidas por ingreso  Comidas para pacientes con afecciones crónicas: 14 comidas por ingreso
<b>Tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos saludables/productos agrícolas (suplementario)</b>	Usted paga \$0 de copago por la asignación combinada de \$600 cada 3 meses para productos OTC y alimentos saludables/productos agrícolas.  La cantidad asignada se transfiere al siguiente trimestre.	Usted paga \$0 de copago por la cantidad asignada combinada de \$125 cada mes para productos OTC y alimentos saludables/productos agrícolas.  La cantidad asignada no se transfiere.
<b>Transporte (suplementario)</b>	Usted paga \$0 de copago por 48 viajes sencillos por año.	Usted paga \$0 de copago por 24 viajes sencillos por año.
<b>Atención de rutina para la visión (suplementario)</b>	Usted tiene una cobertura máxima de hasta \$450 por año para cualquiera de lo siguiente. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos (lentes y armazones)</li> <li>• Lentes de contacto en lugar de los anteojos</li> </ul>	Usted tiene una cobertura máxima de hasta \$350 por año para cualquiera de las siguientes opciones. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteojos (lentes y armazones)</li> <li>• Lentes de contacto en lugar de los anteojos</li> </ul>
<b>Tecnologías web y telefónicas</b>	Las tecnologías web y telefónicas tienen cobertura.	Las tecnologías web y telefónicas <u>no</u> tienen cobertura.

## Sección 2.5 – Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

### Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de medicamentos”. Se entrega electrónicamente una copia de la Lista de medicamentos.

Hicimos algunos cambios en nuestra Lista de medicamentos, los cuales pueden incluir eliminar o añadir medicamentos; cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos; o moverlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción, o si sus medicamentos fueron movidos a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de medicamentos son nuevos para el comienzo de cada año. No obstante, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare, los cuales le afectarán a usted durante el año del plan. Actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea al menos una vez al mes para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que le afectará en su acceso a un medicamento que está tomando, le enviaremos un aviso sobre dicho cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura* y hable con su médico para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar en buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse a Servicios para Miembros para obtener más información.

Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una nueva versión genérica del medicamento que tenga las mismas o menos restricciones que el medicamento de marca registrada que este reemplaza. Además, cuando agregamos un nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones, o ambas cosas.

Al comienzo de 2025, podemos reemplazar inmediatamente productos biológicos originales por ciertos biosimilares. Esto significa que, por ejemplo, si usted está tomando un producto biológico original que es reemplazado por uno biosimilar, es posible que no reciba un aviso sobre el cambio 30 días antes de que lo hagamos o que no obtenga un suministro para un mes de su producto biológico original en una farmacia dentro de la red. Si está tomando el producto biológico original en el momento en el que hagamos el cambio, de igual modo obtendrá información sobre el cambio específico que hicimos, pero este podría llegar después de que hayamos hecho el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos podrían ser nuevos para usted. Para las definiciones de los tipos de medicamentos, consulte el Capítulo 12 de su *Evidencia de cobertura*. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) también brinda información para el consumidor sobre los medicamentos. Visite el sitio web de la FDA: <https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients>. Usted también puede comunicarse a Servicios para Miembros o solicitarle más información a su proveedor de atención médica, a la persona que le da sus recetas o al farmacéutico.

## Cambios en los beneficios y costos de los medicamentos recetados

**Nota:** si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un documento aparte, denominado *Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para personas que reciben "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados* (también llamada *Cláusula adicional de Subsidio por bajos ingresos [LIS, por sus siglas en inglés]* o *Cláusula adicional LIS*), en donde se le informan los costos de sus medicamentos. Si recibe "Ayuda adicional" y no ha recibido este documento a más tardar el 30 de septiembre de 2024, llame a Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Empezando el 2025, habrá tres **etapas de pago de los medicamentos:** la Etapa de deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. La Etapa de brecha de cobertura y el Programa de Descuento por Brecha de cobertura ya no existirán en el beneficio de la Parte D.

Además, el Programa de Descuento por Brecha de Cobertura será reemplazado por el Programa de Descuento del Fabricante. Bajo el Programa de Descuento del Fabricante, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total del plan por los medicamentos y por los productos biológicos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastrófica. Los descuentos que son pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no se toman en cuenta para los costos de bolsillo.

## Cambios en la Etapa de deducible

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

## Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b>	Su costo por un suministro para un mes es \$0.	Su costo por un suministro para un mes es \$0.
En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y <b>usted paga la parte que le corresponde a usted.</b>	Usted paga \$0 por cada medicamento recetado.	Usted paga \$0 por medicamento recetado.
La mayoría de las vacunas de la parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.	Una vez que alcance los \$5,030 en costos totales de sus medicamentos, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de brecha de cobertura).	Una vez que haya pagado \$2,000 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, usted pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

## Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas es la tercera y última etapa. Empezando el 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una porción del costo total del plan para los medicamentos y productos biológicos de marca registrada cubiertos de la Parte D durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Los descuentos que son pagados por los fabricantes bajo el Programa de Descuento del Fabricante no se toman en cuenta para los costos de bolsillo.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

# SECCIÓN 3

## Cambios administrativos

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Tarjeta para productos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés) y para alimentos saludables/ productos agrícolas (suplementario)</b></p>	<p>OTC Network <b>mybenefitscenter.com</b> proporciona la tarjeta para productos de venta libre (OTC) y para alimentos saludables/ productos agrícolas.</p>	<p>The Helper Bees <b>bcbs-az.thehelperbeesportal.com</b> proporciona la tarjeta para productos de venta libre (OTC) y para alimentos saludables/ productos agrícolas.</p> <p>Para preguntas adicionales después del 1 de enero de 2025, visite <b>bcbs-az.thehelperbeesportal.com</b> o llame al <b>1-888-454-1423</b> de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local de Arizona (AZ).</p> <p>Consulte el Capítulo 4 de la <i>Evidencia de cobertura</i> para obtener más información.</p>
<p><b>Sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway</b></p>	<p>El sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway es <b>healthchoicepathway.com</b>.</p>	<p>El sitio web de BCBSAZ Health Choice Pathway es <b>azblue.com/hcpathway</b>.</p>
<p><b>Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare</b></p>	<p>No se aplica</p>	<p>El Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pagos que funciona con su cobertura actual de medicamentos y que puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían durante el transcurso del año (de enero a diciembre).</p> <p>Para saber más sobre esta opción de pagos, comuníquese con nosotros al <b>1-800-656-8991</b> o visite <b>Medicare.gov</b>.</p>

# SECCIÓN 4

## Cómo decidir qué plan elegir

---

### Sección 4.1 – Si desea seguir inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

**Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada.** Si no se inscribe en un plan diferente o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, se le inscribirá automáticamente en nuestro BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP).

### Sección 4.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro nuestro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2025, siga estos pasos:

#### Paso 1: Conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse en un plan de salud de Medicare diferente,
- O puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, necesitará decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare.

Para saber más sobre Medicare Original y sobre los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare ([www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)), lea el manual *Medicare y usted 2025*, llame al Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (consulte la Sección 6) o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

#### Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir uno de estos pasos:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese a Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - O comunicarse a **Medicare**, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.



## SECCIÓN 5

# Fecha límite para cambiar de plan

---

Si desea cambiarse a otro plan o cambiarse a Medicare Original para el año próximo, puede hacerlo del **15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2025.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, también se permite hacer cambios en otros momentos del año. Algunos ejemplos incluyen a las personas con Medicaid, aquellos que reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen o que van a dejar la cobertura de su empleador, y aquellos que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. También tiene opciones de inscribirse en otro plan de Medicare en cualquier mes, incluyendo:

- Medicare Original con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado;
- Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado (si elige esta opción, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática); o
- Si califica, un plan de necesidades especiales para personas doblemente elegibles (D-SNP, por sus siglas en inglés) que le proporciona Medicare y la mayoría, si no es que todos, sus servicios y beneficios de Medicaid en un solo plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2025 y no está conforme con el plan que eligió, también puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2025.

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

## SECCIÓN 6

# Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

---

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

Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** y local sobre los seguros médicos a las personas con Medicare. Los asesores de Arizona SHIP pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Le pueden ayudar a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede llamar a Arizona SHIP al **1-800-432-4040**. Puede saber más sobre Arizona SHIP en su sitio web (<https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), comuníquese al Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** o al **602-417-4000**, TTY: **1-800-367-8939**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Pregunte cómo su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la manera en la que obtiene su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

## SECCIÓN 7

# Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

---

Es posible que califique para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados.

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene Medicaid, ya está inscrito en la “Ayuda adicional”, también llamada el Subsidio por bajos ingresos. La “Ayuda adicional” paga parte de las primas, de los deducibles anuales y del coaseguro de los medicamentos recetados. Debido a que usted califica, no tiene una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes sitios:
  - **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** entre las 8 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes para hablar con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**;
  - Su Oficina Estatal de Medicaid.
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que califican para el ADAP tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido comprobante de residencia en el estado y de su estatus de VIH; comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado; y comprobante de estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS, por sus siglas en inglés). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, sobre los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa o, si actualmente está inscrito, cómo continuar recibiendo asistencia, llame al **1-800-334-1540** o al **602-364-3610**. Asegúrese, cuando llame, de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de póliza.

# SECCIÓN 8

## ¿Preguntas?

---

### Sección 8.1 – Cómo recibir ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991**. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.

**Lea su *Evidencia de cobertura de 2025* (esta contiene información detallada sobre los beneficios y los costos del próximo año).**

El presente *Aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios en los beneficios y de los costos para 2025. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura de 2025* de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que usted necesita seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**. Además, puede llamar a Servicios para Miembros para solicitarnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

#### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **azblue.com/hcpathway**. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y sobre nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario/Lista de medicamentos*).

## Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

**Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare (**[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)**). Contiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad por estrellas para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite **[www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)**.

**Lea Medicare y usted 2025**

Lea el manual *Medicare y usted 2025*. Cada otoño, este documento se envía por correo postal a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (**<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf>**) o 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**.

---

## Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés), Medicaid, puede llamar a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS, (1-855-432-7587)** o al **602-417-4000**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-367-8939**.





# 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



Health  
Choice

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

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'áá 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'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjii' **1-800-656-8991** nihich'j' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá 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<sup>的</sup>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<sup>免费</sup>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<sup>免費</sup>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

**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 المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليس عليك سوى الاتصال بنا على

**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 preguntas sobre nuestros beneficios?  
Llame a Servicios para Miembros:**

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

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

**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**