

2026

Aviso Anual de Cambios



Health Choice Pathway

(HMO D-SNP)



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



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

Aviso anual de cambios para 2026



Actualmente, usted está inscrito como miembro de Health Choice Pathway (HMO D-SNP).

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan para el próximo año.

- **Tiene desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre para realizar cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año.** Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2025, permanecerá en Health Choice Pathway (HMO D-SNP).
- Para cambiar a un **plan diferente**, visite **www.Medicare.gov** o revise la lista al final de su *manual Medicare* y usted 2026.
- Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios. Encontrará más información sobre costos, beneficios y normas en la *Evidencia de cobertura*. Obtenga una copia en azblue.com/hcpathway o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para recibir una copia por correo.

Más recursos

- Este documento está disponible en español de forma gratuita.
- Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos en los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados pertinentes del área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en otros idiomas diferentes al inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al número especificado anteriormente.



Información sobre Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

- Health Choice Pathway (HMO D-SNP) es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La afiliación en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando en este folleto se menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se entiende que hace referencia a Health Choice Arizona, Inc. Cuando se indica “plan” o “nuestro plan”, se entiende que hace referencia a Health Choice Pathway (HMO D-SNP).
- El 1 de enero de 2026, el nombre de nuestro plan cambiará de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) a Health Choice Pathway (HMO D-SNP). A partir de esta fecha, nuestro nuevo nombre, Health Choice Pathway (HMO D-SNP), figurará en todos los materiales.
- **Si no realiza ningún cambio antes del 7 de diciembre de 2025, se lo inscribirá automáticamente en Health Choice Pathway (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de Health Choice Pathway (HMO D-SNP). En la Sección 3 encontrará más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacerlo.

Aviso anual de cambios para 2026

Índice

Resumen de costos importantes para 2026	4
SECCIÓN 1 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	7
Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan	7
Sección 1.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo	7
Sección 1.3 Cambios en la red de proveedores	8
Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias	8
Sección 1.5 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos	9
Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos de la Parte D	13
Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos recetados	13
SECCIÓN 2 Cambios administrativos	16
SECCIÓN 3 Cómo cambiar de plan	17
Sección 3.1 Plazos para cambiar de plan	17
Sección 3.2 ¿Hay otros momentos del año para hacer un cambio?	18
SECCIÓN 4 Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados	19
SECCIÓN 5 ¿Preguntas?	20
Obtener ayuda de Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	20
Obtener asesoramiento gratuito sobre Medicare	20
Obtener ayuda de Medicare	21
Obtener ayuda de Medicaid	21

Resumen de costos importantes para 2026

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 1 para obtener más información.	\$0 con base en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 con base en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Monto máximo de bolsillo Este es el monto máximo de bolsillo que pagará por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 para obtener más información).	\$8,400 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 bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$8,800 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 bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Consultas presenciales de atención primaria:	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.
Consultas presenciales con especialistas:	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.	\$0 de copago por consulta Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por consulta.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Estancia hospitalaria como paciente internado Incluye servicios hospitalarios de cuidados intensivos, de rehabilitación, hospital de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Usted paga \$0 por los días 1–90 de hospitalización por periodo de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente internado se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.	Usted paga \$0 por los días 1–90 de hospitalización por periodo de beneficios. Nuestra póliza también incluye la cobertura de 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que nosotros brindamos. Si su hospitalización supera los 90 días por periodo de beneficios, usted tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estancias hospitalarias como paciente internado se restringirá a 90 días por cada periodo de beneficios. Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
Deducible por la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1 para obtener más información).	Deducible: \$0	Deducible: Si recibe Ayuda adicional, su deducible es \$0. Si no recibe Ayuda adicional, su deducible es \$615, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D Consulte la Sección 1 para obtener más información, incluso el Deducible anual, la Cobertura inicial y las Etapas de cobertura en situaciones catastróficas.	Deducible: \$0 Para todos los medicamentos cubiertos: \$0 de copago	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Genéricos y medicamentos tratados como genéricos: Según su nivel de Ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente: • \$0 o • \$1.60 o • \$5.10 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de Ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente: • \$0 o • \$4.90 o • \$12.65 Si no recibe Ayuda adicional, pagará un coaseguro del 25% por sus medicamentos recetados, y no más de \$35 por mes de cada producto de insulina cubierto. Etapas de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 1

Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 1.1 Cambios en la prima mensual del plan

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid la pague por usted).	\$0 con base en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 con base en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Sección 1.2 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	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$8,400	\$8,800
Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de AHCCCS (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 \$8,800 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 1.3 Cambios en la red de proveedores

Nuestra red de proveedores cambia para el próximo año. Revise el *Directorio de proveedores* de 2026 en azblue.com/hcpathway para saber si sus proveedores (médico de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red. Aquí puede obtener un *Directorio de proveedores* actualizado:

- Consulte nuestro sitio web en azblue.com/hcpathway
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de proveedores*.

Podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Si un cambio de mitad de año en nuestras farmacias le afecta, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red abandona nuestro plan, consulte el Capítulo 3, Sección 2.3 de su *Evidencia de cobertura*.

Sección 1.4 Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por los medicamentos recetados pueden depender de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si los surte en una de las farmacias de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Revise el *Directorio de farmacias* del 2026 en azblue.com/hcpathway para saber qué farmacias están en nuestra red. Aquí puede obtener un *Directorio de farmacias* actualizado:

- Consulte nuestro sitio web en azblue.com/hcpathway
- Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información actualizada sobre las farmacias o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de farmacias*.

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

Sección 1.5 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

En el Aviso anual de cambios se informan los cambios en los beneficios y los costos de Medicare.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Tratamientos de acupuntura (suplementario)	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 12 tratamientos por año.	Los tratamientos de acupuntura <u>no</u> están cubiertos.
Servicios de quiropráctica (suplementario)	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 12 consultas al año.	El servicio de quiropráctica (atención quiropráctica de rutina) <u>no</u> está cubierto.
Servicios dentales Servicios dentales diagnósticos y preventivos Servicios dentales integrales	Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales, de diagnóstico y preventivos cubiertos. Los servicios dentales de diagnóstico y preventivos no tienen un monto máximo. Usted tiene cobertura por hasta un máximo de \$3,500 para servicios dentales integrales por año.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales, de diagnóstico y preventivos cubiertos. Usted tiene cobertura por hasta un máximo de \$3,500 para servicios dentales integrales, de diagnóstico y preventivos por año.
Apoyos generales para vivir: Flex Card para apoyos de transición como alojamiento/servicios públicos Beneficios suplementario especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)	Tiene cobertura con una cantidad asignada de hasta \$1,000 para ayudar a cubrir los gastos de alojamiento temporal y los servicios públicos específicos de la vivienda, como electricidad, gas natural, alcantarillado, agua y servicios telefónicos. Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos.	Apoyos generales para vivir: Flex Card para apoyos de transición como alojamiento/servicios públicos <u>no</u> están cubiertos.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Productos y alimentos saludables	Usted paga \$0 de copago por la cantidad asignada combinada de \$125 cada mes para productos de OTC y productos y alimentos saludables. Usted debe calificar para recibir Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados para poder calificar para la asignación de Alimentos y Productos Saludables.	Beneficios suplementario especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas) Usted paga \$0 de copago por una asignación de \$225 cada tres meses para productos y alimentos saludables. Para ser elegible para el beneficio de productos y alimentos saludables, debe tener el diagnóstico de una afección crónica, como las siguientes: • 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, el gusto, el tacto y el olfato • Trastorno por consumo crónico de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) • Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuados para que las personas puedan mantener o conservar su funcionamiento Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos, ya que podrían aplicarse otros criterios de cobertura. Los productos de OTC conforman un beneficio separado y no se combinan. (Consulte la Sección: Productos de venta libre).

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de audición (rutina) (suplementario) Audífonos Adaptación/evaluación de audífonos	Usted tiene cobertura de un máximo de hasta \$1,500 por año, ambos oídos combinados, para la compra de audífonos. Una adaptación y evaluación de audífonos al año.	Tiene cobertura de hasta dos audífonos (uno por oído, cada 3 años). Adaptación y evaluación de audífonos ilimitadas al año. El beneficio es administrado por TruHearing®. Para usarlo, debe consultar con un proveedor de TruHearing. Para programar una cita o si tiene alguna pregunta, llame al 1-833-723-1154 (TTY: 711).
Dispositivos de seguridad y modificaciones de la casa y del baño (suplementario) Servicios de apoyo en el hogar (suplementario) Apoyo para los cuidadores de las personas inscritas: atención de relevo (suplementario)	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 modificaciones de la casa y del baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en la casa.	Los dispositivos de seguridad y modificaciones de la casa y del baño, los servicios de apoyo en el hogar, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas: atención de relevo <u>no</u> están cubiertos.
Reparaciones en la casa Beneficios suplementario especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)	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 modificaciones de la casa y del baño, el apoyo para los cuidadores de las personas inscritas (atención de relevo) y las reparaciones en la casa. Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos.	Las reparaciones en la casa de los SSBCI <u>no</u> están cubiertas.

Costo	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios	Los servicios del programa intensivo para pacientes ambulatorios <u>no</u> están cubiertos.	\$0 de copago Si es elegible para recibir ayuda con el costo compartido de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), paga un monto de copago de \$0.
Beneficio de comidas	Usted paga \$0 de copago por hasta 28 comidas en total por año. Comidas tras una hospitalización aguda: 14 comidas por ingreso Comidas para pacientes con afecciones crónicas: 14 comidas por ingreso	Usted paga \$0 de copago por hasta 56 comidas en total por año. Comidas tras una hospitalización aguda: 28 comidas por ingreso Comidas para pacientes con afecciones crónicas: 28 comidas por ingreso
Productos de venta libre (OTC)	Usted paga \$0 de copago por la cantidad asignada combinada de \$125 cada mes para productos de OTC y productos y alimentos saludables.	Usted paga \$0 de copago por una asignación de \$50 cada tres meses para productos de OTC. Los productos y alimentos saludables no están cubiertos por los SSBCI. (Consulte la Sección: Productos y alimentos saludables).
Servicios de podiatría (atención de rutina de los pies) (suplementario)	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 6 consultas por año.	Los servicios de podiatría (atención de rutina de los pies) <u>no</u> están cubiertos.
Tecnologías de acceso remoto (monitoreo remoto de pacientes) Beneficios suplementario especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés)	Las tecnologías de acceso remoto (monitoreo remoto de pacientes) están cubiertas. Los beneficios mencionados forman parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros califican para ellos.	Las tecnologías de acceso remoto (monitoreo remoto de pacientes) <u>no</u> están cubiertas.
Masajes terapéuticos (suplementario)	Usted paga \$0 de copago para 6 consultas por año.	Los masajes terapéuticos <u>no</u> están cubiertos.

Sección 1.6 Cambios en la cobertura de medicamentos 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 calendario 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 la persona que le da sus recetas para conocer sus opciones, como solicitar un suministro temporal, solicitar una excepción y/o trabajar en buscar un nuevo medicamento. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.

Sección 1.7 Cambios en los beneficios y los costos de los medicamentos recetados

¿Recibe Ayuda adicional para pagar los costos de la cobertura de medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (Ayuda adicional), **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplica a usted.** Le enviamos un documento por separado, denominado Cláusula adicional a la *Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados*, en donde se le informan los costos de sus medicamentos. Si recibe Ayuda adicional y no recibe este material antes del 30 de septiembre de 2025, llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

Etapas de pagos de medicamentos

Hay **3 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 existen en el beneficio de la Parte D.

- **Etapa 1: Deducible anual**
No tenemos deducible, por lo que esta etapa de pago no se aplica a usted.
- **Etapa 2: Cobertura inicial**
En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y usted paga la parte que le corresponde a usted. Por lo general, permanece en esta etapa hasta que sus gastos de bolsillo del año hasta la fecha alcanza los \$2,100.
- **Etapa 3: Cobertura en situaciones catastróficas**
Se trata de la etapa tercera y final del pago de medicamentos. En esta etapa, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente permanece en esta etapa por el resto del año calendario.

El Programa de Descuento por Brecha de Cobertura fue 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 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.

En esta tabla se muestra su costo por medicamento recetado durante esta etapa.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Deducible anual	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.

Costos de los medicamentos en la etapa 2: Cobertura inicial

En la tabla se muestra su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos para un suministro a largo plazo en una farmacia de la red que ofrece costo compartido preferido o para recetas de pedido por correo, consulte el Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

Una vez que pague \$2,100 de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Etapas 2: Etapas de cobertura inicial:	Su costo para un suministro para un mes es \$0. Usted paga \$0 por cada medicamento recetado.	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Genéricos y medicamentos tratados como genéricos: Según su nivel de Ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente: • \$0 o • \$1.60 o • \$5.10 Todos los demás medicamentos: Según su nivel de Ayuda adicional o estado institucional, usted paga lo siguiente: • \$0 o • \$4.90 o • \$12.65 Si no recibe Ayuda adicional, pagará un coaseguro del 25% por sus medicamentos recetados.

Cambios en su beneficio de la Parte D de VBID

A partir del 1 de enero de 2026, Health Choice Pathway ya no incluirá el beneficio de la Parte D del Diseño de seguro basado en el valor (VBID, por sus siglas en inglés). Esto significa que los servicios adicionales o costos más bajos para medicamentos que podría haber recibido a través de VBID ya no estarán disponibles.

Cambios en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

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 2

Cambios administrativos

Descripción	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Nombre del plan	BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)	Health Choice Pathway (HMO D-SNP)
Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare	El Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y que puede ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos en el año calendario (de enero a diciembre). Puede participar en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para saber más sobre esta opción de pagos, comuníquese con nosotros al 1-800-656-8991 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite www.Medicare.gov.
Servicios Auditivos (Rutinarios) (Suplementarios) Audífonos Ajuste/Evaluación para Audífonos	Los servicios auditivos (rutinarios), audífonos y adaptación/evaluación para audífonos son administrados por proveedores de la red Health Choice Pathway.	Los servicios auditivos (rutinarios), audífonos y adaptación/evaluación para audífonos son administrados por TruHearing®. TruHearing.com/BCBSAZDSNP-HS. Si tiene alguna pregunta después del 1 de enero de 2026, llame al 1-833-723-1154 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora estándar de la montaña (MST).

SECCIÓN 3

Cómo cambiar de plan

Para permanecer en Health Choice Pathway (HMO D-SNP), no necesita llevar a cabo ninguna acción.

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 Health Choice Pathway (HMO D-SNP).

Si quiere cambiar de plan para 2026, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a otro plan de salud de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en Health Choice Pathway (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que pague una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 4).
- **Para saber más sobre Original Medicare y los distintos tipos de planes de Medicare,** visite **www.Medicare.gov**, lea el manual *Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026)*, llame al Programa Estatal de Asistencia con los Seguros de Salud (consulte la Sección 5) o llame a **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Sección 3.1 Fechas límite para cambiar de plan

Las personas con Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre** cada año.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2026 y no está satisfecho con el plan que eligió, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (ya sea con la cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) o a Original Medicare (con la cobertura de medicamentos de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2026.

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

En algunas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades de hacer cambios en su cobertura durante el año. Entre los ejemplos, se incluye a personas que cumplen con lo siguiente:

- Tienen Medicaid.
- Reciben Ayuda adicional para pagar sus medicamentos.
- Tienen cobertura por parte de su empleador o están dejando de tenerla.
- Se mudan fuera de nuestra área de servicio.

Debido a que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año.

- Original Medicare con un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
- Original Medicare sin un plan de medicamentos 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).
- 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 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 de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (ya sea con o sin un plan de medicamentos 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 2 meses completos después del mes en el que se mudó de allí.

SECCIÓN 4

Obtener ayuda para pagar los medicamentos recetados

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

- **Ayuda adicional de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir la Ayuda Adicional para pagar los costos de sus medicamentos recetados. Si califica, Medicare podría pagar el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluyendo las primas mensuales del plan, los deducibles anuales y el coaseguro. Además, las personas que califican no pagarán la multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame a:
 - **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 pueden 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 un comprobante de residencia en el estado y el estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado, y condición de no asegurado o 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, sobre cómo inscribirse en el programa o, si ya está inscripto, cómo seguir recibiendo ayuda, llame al **1-800-334-1540** o al **602-364-3610**. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre del plan y el número de póliza de la Parte D de Medicare.
- **El plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare.** El Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al dividirlos en el año calendario (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o con un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pagos. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le hace ahorrar dinero ni disminuye sus costos de medicamentos.**

La Ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su ADAP, para quienes cumplan los requisitos, es más ventajosa que la participación en el Plan de pagos de los medicamentos recetados. Todos los miembros son elegibles para participar en el Plan de pagos de los medicamentos recetados de Medicare, independientemente de su nivel de ingresos. Para saber más sobre esta opción de pagos, comuníquese con nosotros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite **www.Medicare.gov**.

SECCIÓN 5

¿Tiene preguntas?

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

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-656-8991. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.)**
Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Las llamadas a estos números son gratuitas.
- **Lea su Evidencia de cobertura de 2026**
El presente *Aviso anual de cambios* contiene un resumen de los cambios en los beneficios y de los costos para 2026. Para obtener más información, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2026 de Health Choice Pathway (HMO D-SNP). La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las normas que usted necesita seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Obtenga la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web azblue.com/hcpathway o llame a Servicios para Miembros al **1-800-656-8991** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para recibir una copia por correo.
- **Visite azblue.com/hcpathway**
Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores/Directorío de farmacias*) y sobre nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario/Lista de medicamentos).

Obtenga asesoramiento gratuito sobre Medicare

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

Llame a Arizona SHIP para obtener asesoramiento personalizado sobre seguros de salud. Le pueden ayudar a comprender las opciones de los planes de Medicare y Medicaid, responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Llame a Arizona SHIP al **1-800-432-4040**. Obtenga más información sobre Arizona SHIP en su sitio web (<https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>).

Obtenga ayuda de Medicare.

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

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

- **Chat en vivo con www.Medicare.gov**

Puede tener un chat en vivo en **www.Medicare.gov/talk-to-someone**.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

- **Visite www.Medicare.gov**

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

- **Lea *Medicare y usted 2026***

El manual *Medicare y Usted 2026* se envía por correo a las personas con Medicare cada otoño. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Obtenga una copia en **www.Medicare.gov** o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**.

Obtener ayuda de Medicaid

Llame a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** o al **602-417-4000**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-367-8939** para recibir ayuda con la inscripción a Medicaid o para responder preguntas sobre beneficios.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes). Health Choice Pathway does not exclude people or treat them less favorably because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Pathway:

Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:

- Qualified sign language interpreters
- Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711
8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week
Fax: 480-760-4739
Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including sex characteristics, intersex traits, pregnancy or related conditions, sexual orientation, gender identity, and sex stereotypes), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway
Attn: Civil Rights Coordinator
Address: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at
hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

Aviso de No Discriminación

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



Health
Choice

Health Choice Pathway HMO D-SNP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales). Health Choice Pathway no excluye ni trata a las personas de forma menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

Ofrece material de ayuda y servicios sin cargo a las personas que tienen discapacidades que les impiden comunicarse de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Brinda servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles
Dirección: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711
de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana
Fax: 480-760-4739
Correo electrónico:
HCHComments@azblue.com

Si considera que Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluidas las características sexuales, los rasgos intersexuales, el embarazo o afecciones relacionadas, la orientación sexual, la identidad de género y los estereotipos sexuales), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway
Coordinador de Derechos Civiles
Dirección: PO Box 52033
Phoenix, AZ 85072
Teléfono: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Correo electrónico:
HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en **hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html**.

Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.
H5587_D42756PY26_C

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



Health
Choice

English: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711).

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 yánitł'ígó, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahít hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjì' 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 Sprachassistentendienste 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



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 il 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)。

¿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**

2015161-25