

2024

Aviso Anual de Cambios



BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)



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



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

Aviso anual de cambios para 2024



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 5 para ver el 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 reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web, **healthchoicepathway.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Qué hacer ahora

1 PREGUNTE: qué cambios le afectan a usted

- ☐ Consulte los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si le afectan.
 - Revise los cambios en los costos de atención médica (médico, hospital).
 - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluidos los requisitos de autorización y los costos.
 - Piense en cuánto gastará en primas, deducibles y costos compartidos.
- ☐ Consulte los cambios en la Lista de medicamentos de 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- ☐ Verifique si sus médicos de atención primaria, especialistas, hospitales y otros proveedores, incluidas las farmacias, estarán en nuestra red el próximo año.
- ☐ Piense en si está satisfecho 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** o revise la lista en la parte posterior de su manual *Medicare y usted 2024*.
- ☐ Una vez que haya delimitado su elección 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 2023, 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 2024**. Esto finalizará su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Consulte la Sección 4 de la página 22 para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), acaba de mudarse de allí o vive actualmente allí, puede cambiar de plan o pasarse a Medicare Original (ya sea con un plan de medicamentos recetados de Medicare separado o sin dicho plan) en cualquier momento.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al **1-800-656-8991**. (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. Estas llamadas son gratuitas.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en otros idiomas, además del inglés. Para obtener información adicional, llame a Servicios para Miembros al número que aparece arriba.
- **La cobertura conforme a este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), **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 BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato. El plan también tiene un acuerdo escrito con el programa de Medicaid de Arizona para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Cuando este documento dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BCBSAZ Health Choice Pathway.
- BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Aviso anual de cambios para 2024

Índice

Resumen de costos importantes para 2024.....	5
SECCIÓN 1 A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) en 2024	6
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	7
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual.....	7
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo	7
Sección 2.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias	8
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos ..	9
Sección 2.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	19
SECCIÓN 3 Cambios administrativos	21
SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir	22
Sección 4.1 Si desea seguir inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway	22
Sección 4.2 Si desea cambiar de plan	22
SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan	23
SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid).....	24
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	25
SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?	26
Sección 8.1 Cómo obtener ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway	26
Sección 8.2 Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26
Sección 8.3 Cómo obtener ayuda de AHCCCS (Medicaid)	27

Resumen de costos importantes para 2024

La siguiente tabla compara los costos de 2023 y los costos de 2024 para BCBSAZ Health Choice Pathway en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, por las visitas al consultorio del médico y por las hospitalizaciones.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual del plan* * La prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada.	\$0 o \$42.60 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 o \$43.20 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Visitas al consultorio del médico	Visitas de atención primaria: copago de \$0 Visitas al especialista: copago de \$0	Visitas de atención primaria: copago de \$0 Visitas al especialista: copago de \$0
Atención hospitalaria para pacientes internados	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estadía en el hospital por período de beneficios. Nuestra póliza también incluye cobertura por 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que brindamos. Si su estadía en el hospital excede los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estadías hospitalarias se restringirá a 90 días por cada período de beneficios.	Usted paga \$0 por los días 1 a 90 de estadía en el hospital por período de beneficios. Nuestra póliza también incluye cobertura por 60 días de reserva de por vida, que son días adicionales que brindamos. Si su estadía en el hospital excede los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de utilizar estos días adicionales. Después de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para estadías hospitalarias se restringirá a 90 días por cada período de beneficios.
Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener información detallada).	Deducible: \$0 Para todos los medicamentos cubiertos: \$0 de copago	Deducible: \$0 Para todos los medicamentos cubiertos: \$0 de copago

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Este es el monto <u>máximo</u> de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener información detallada).	Si 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.	Si 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.

SECCIÓN 1

A menos que elija otro plan, se lo inscribirá automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) en 2024

Si durante el 2023 no indica lo contrario, lo inscribiremos automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Esto significa que, a partir del 1 de enero de 2024, recibirá su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP). Si desea cambiar de plan o pasarse a Medicare Original y recibir 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 vigencia el 1 de enero de 2024.

SECCIÓN 2

Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted).	\$0 o \$42.60 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 o \$43.20 según 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, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Monto máximo de bolsillo	\$7,550	\$7,550
Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto 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 gastos por servicios médicos cubiertos (como copagos) se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo.		Una vez que haya pagado \$7,550 de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, ya 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 directorios actualizados se encuentran en nuestro sitio web, **healthchoicepathway.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores y/o farmacias o para pedirnos que le enviemos un directorio por correo, el cual enviaremos en los siguientes tres días hábiles.

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el año próximo. **Revise el Directorio de proveedores de 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Habrán cambios en nuestra red de farmacias para el año próximo. **Revise el Directorio de farmacias de 2024 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

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

Sección 2.4: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

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

Realizaremos cambios en los costos y los beneficios de ciertos servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Acupuntura (complementario)	Acupuntura (complementario) no está cubierta.	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 12 tratamientos por año. Este beneficio es adicional al servicio de acupuntura cubierto por Medicare. El beneficio incluye la cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento del dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas no cubiertos por beneficios requeridos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios de acupuntura son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).
Servicios de quiropráctica (complementario)	El servicio de quiropráctica (atención quiropráctica de rutina) no está cubierto.	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 12 visitas al año. Este beneficio es adicional al servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, examen de rayos X, terapia de manipulación quiropráctica, modalidades, procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades. Los servicios de quiropráctica son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Servicios de quiropráctica (cubiertos por Medicare)	Es posible que se requiera derivación.	No se requiere derivación.
Servicios dentales Servicios dentales integrales y preventivos (complementario)	Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. Tiene una cobertura de hasta \$4,000 para los servicios preventivos e integrales combinados.	Usted paga un copago de \$0 por los servicios dentales integrales y preventivos cubiertos. Los servicios preventivos no tienen un monto máximo. Tiene una cobertura de hasta \$4,000 para los servicios integrales.
Flex Card para servicios dentales, de la vista y de la audición (complementario)	Nuestro plan brinda una tarjeta de débito Visa® prepaga para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y de la audición. Con un límite anual de \$1,000, puede distribuir el dinero de sus beneficios entre estos servicios según lo necesite. Todo el dinero de sus beneficios sin usar vencerá al final del año. Es importante destacar que este beneficio no reemplaza los beneficios complementarios dentales, de la vista o de la audición, sino que es una manera de compensar ciertos gastos. Para ser elegible para recibir los beneficios mencionados, usted debe: agotar cualquiera de sus beneficios complementarios, es decir, los beneficios dentales, de la vista o de la audición complementarios.	Nuestro plan brinda una tarjeta de débito Visa® prepaga para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y de la audición. Con un límite anual de \$1,000, puede distribuir el dinero de sus beneficios entre estos servicios según lo necesite. Todo el dinero de sus beneficios sin usar vencerá al final del año. Es importante destacar que este beneficio no reemplaza los beneficios complementarios dentales, de la vista o de la audición, sino que es una manera de compensar ciertos gastos. Los requisitos de elegibilidad ya no se aplican.
Manejo mejorado de enfermedades	Copago de \$0	El manejo mejorado de enfermedades no está cubierto.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño (complementario)	Las modificaciones y los dispositivos de seguridad para el hogar y el baño no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por las modificaciones y los dispositivos de seguridad para el hogar y el baño. Este beneficio incluye modificaciones temporales en el hogar, como rampas y la colocación de barrales de agarre y barras de seguridad en la ducha. Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.
Servicios de apoyo en el hogar (complementario)	Los servicios de apoyo en el hogar no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 para los servicios de apoyo en el hogar. Los miembros tienen acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas, preparación de comidas, trámites/recados, trabajos de jardinería livianos y asistencia con otras actividades instrumentales cotidianas. Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar. Puede requerirse autorización previa.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficio de comidas (complementario)	Copago de \$0 por hasta 84 comidas en total. Comidas tras una internación aguda: En el caso de los miembros que reciban el alta de un centro de hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación con internación), el plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 35 días, con un total de 70 comidas. Comidas para pacientes con afecciones crónicas: Los miembros que estén en un plan de manejo de la enfermedad y tengan una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables. Entre las afecciones crónicas elegibles se incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes (DM). Puede recibir un máximo de 2 comidas saludables por día hasta por 7 días, con un máximo de 14 comidas.	Copago de \$0 por hasta 140 comidas en total. Comidas tras una internación aguda: En el caso de los miembros que reciban el alta de un centro de hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación con internación), el plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 35 días, con un total de 70 comidas. Comidas para pacientes con afecciones crónicas: Los miembros que estén en un plan de manejo de la enfermedad y tengan una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables. Entre las afecciones crónicas elegibles se incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes (DM). Puede recibir un máximo de 2 comidas saludables por día hasta por 35 días, con un máximo de 70 comidas.
Servicios sanguíneos ambulatorios	No se cubren tres (3) pintas sin deducible. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite.	Se cubren tres (3) pintas sin deducible. La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Tarjeta para productos de venta libre (OTC)/ alimentos saludables/ artículos comestibles (complementario)	Copago de \$0 para la asignación de \$380 para productos OTC cada 3 meses. Si no se utiliza, el monto máximo de cobertura para los beneficios del plan se transfiere al trimestre siguiente; sin embargo, vencerá el trimestre siguiente si sigue sin utilizarse. La suma transferida se aplicará antes del monto del beneficio del período actual. Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Los montos no usados de los beneficios no se transferirán al año siguiente.	Copago de \$0 para una asignación de \$600 cada 3 meses combinada para productos OTC, alimentos saludables y artículos comestibles. Con este beneficio, recibirá crédito en su tarjeta de débito Visa cada trimestre para pagar por alimentos y productos OTC cubiertos. Los productos cubiertos incluyen los siguientes: • Alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, mariscos y pescados, productos lácteos y agua, entre otros. • Productos OTC de marca y genéricos como vitaminas, analgésicos, pasta de dientes y pastillas para la tos, entre otros. Si no se utiliza, el monto máximo de cobertura para los beneficios del plan se transfiere al trimestre siguiente; sin embargo, vencerá el trimestre siguiente si sigue sin utilizarse. Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Los montos no usados de los beneficios no se transferirán al año siguiente. Debe reunir los requisitos para la "Ayuda extra" de Medicare que paga sus costos del plan de medicamentos recetados para calificar para la asignación de alimentos saludables y artículos comestibles.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) (complementario)	El sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS) no está cubierto.	Copago de \$0 El sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS), también conocido como “sistema de alertas médicas”, brinda un monitoreo continuo, tanto móvil como en el domicilio, a personas de edad avanzada y en riesgo. El PERS les permite a los miembros llamar para recibir asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, desde su casa o fuera de ella.
Servicios de podiatría (atención de rutina de los pies) (complementario)	Los servicios de podiatría (atención de rutina de los pies) no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 para un máximo de 6 visitas por año. Este beneficio es adicional al servicio de podiatría cubierto por Medicare. Incluye la cobertura de beneficios complementarios para servicios clínicos preventivos para la piel y las uñas de los pies, como la eliminación de callos y durezas, el corte de uñas y la higiene preventiva de los pies. Los servicios de podiatría son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).
Servicios de podiatría cubiertos por Medicare	No se requiere autorización previa.	Puede requerirse autorización previa.

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	Alimentos y artículos comestibles Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de \$100 por mes para ayudar a cubrir el costo de alimentos saludables. El monto sin usar no se transfiere para los comestibles saludables de cada mes. Para ser elegible para recibir el beneficio de \$100 mencionado, debe tener un reclamo registrado en el año calendario 2023 con una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican: • Cáncer • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Diabetes • Insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD) • Hipertensión • Obesidad • Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de \$30 por mes para ayudar a cubrir el costo de alimentos saludables. El monto sin usar no se transfiere para los comestibles saludables de cada mes. Para ser elegible para recibir el beneficio de \$30 mencionado, debe tener un reclamo registrado en el año calendario 2023 con una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican: • Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) • Anemia aplásica • Asma • Trastornos bipolares • Arritmia cardíaca • Dependencia crónica de alcohol y otras drogas	Los alimentos y artículos comestibles no están cubiertos por el SSBCI. (Consulte “Tarjeta para alimentos saludables/ artículos comestibles/ productos de venta libre (OTC) (complementario)”).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	• Bronquitis crónica • Trastorno tromboembólico venoso crónico • Arteriopatía coronaria • Demencia • Enfisema • Enfermedad hepática en etapa terminal • Epilepsia • Parálisis generalizada (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia) • Hemofilia • VIH/SIDA • Enfermedad de Huntington • Púrpura trombocitopénica inmunitaria • Trastornos depresivos mayores • Esclerosis múltiple • Síndrome mielodisplásico • Trastorno paranoide • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad vascular periférica • Poliarteritis nodosa • Polimialgia reumática • Polimiositis • Polineuropatía • Fibrosis pulmonar • Hipertensión pulmonar • Artritis reumatoide • Trastorno esquizoafectivo • Esquizofrenia • Anemia de células falciformes (excluido el rasgo de células falciformes [rasgo drepanocítico]) • Estenosis espinal • Déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular • Lupus eritematoso sistémico	Los alimentos y artículos comestibles no están cubiertos por el SSBCI. (Consulte “Tarjeta para alimentos saludables/ artículos comestibles/ productos de venta libre (OTC) (complementario)”).

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	Apoyos generales para vivir: Flex Card para apoyos de transición como alojamiento/ servicios públicos Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite anual máximo de \$1,000. Esta tarjeta está diseñada para asistir con la cobertura de gastos de alojamiento posteriores a la internación de un paciente elegible y/o con servicios públicos específicos, como electricidad, gas, servicios sanitarios, agua y/o teléfono. Para reunir los requisitos para este beneficio, debe involucrarse de manera activa con la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican: • Complicaciones por prediabetes o diabetes • Hospitalización reciente por enfermedad mental • Hospitalización reciente por diabetes o por un problema médico que se agravó por la prediabetes o la diabetes	Apoyos generales para vivir: Flex Card para apoyos de transición como alojamiento/ servicios públicos Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite anual máximo de \$1,000. Esta tarjeta está diseñada para asistir con la cobertura de gastos de alojamiento posteriores a la internación de un paciente elegible y/o con servicios públicos específicos, como electricidad, gas, servicios sanitarios, agua y/o teléfono. Para reunir los requisitos para este beneficio, debe involucrarse de manera activa con la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican: • Complicaciones por prediabetes o diabetes • Hospitalización reciente por diabetes o por un problema médico que se agravó por la prediabetes o la diabetes

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)	Reparaciones en el hogar Las reparaciones en el hogar no están cubiertas.	Reparaciones en el hogar Usted paga un copago de \$0 para las reparaciones en el hogar. Este beneficio incluirá la ampliación de pasillos o entradas, rampas de movilidad permanentes y picaportes y grifería de uso sencillo. Para reunir los requisitos para este beneficio, debe involucrarse de manera activa con la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican: • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Trastornos pulmonares crónicos • Diabetes • Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongado Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.
Asistencia para los cuidadores de personas inscritas: servicios de relevo (complementario)	Asistencia para los cuidadores de personas inscritas: los servicios de relevo no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 por la asistencia para los cuidadores de personas inscritas: servicios de relevo. Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.
Masajes terapéuticos (complementario)	Los masajes terapéuticos no están cubiertos.	Usted paga un copago de \$0 para 6 visitas por año. Incluye la cobertura de beneficios complementarios para masajes terapéuticos, entre ellos la evaluación, el masaje o el trabajo de tejidos blandos para el tratamiento de afecciones miofasciales, lesiones musculoesqueléticas y dolor. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

Costo	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Transporte (complementario)	Usted paga un copago de \$0 para 36 traslados de ida por año calendario. Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida; un viaje de ida y vuelta se considera dos traslados.	Usted paga un copago de \$0 para 48 traslados de ida por año calendario. Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida; un viaje de ida y vuelta se considera dos traslados.

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 proporciona una copia digital de la “Lista de medicamentos”.

Hicimos algunos cambios en nuestra “Lista de medicamentos”, que pueden incluir eliminar o agregar 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 se han movido 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, en el transcurso del año, podríamos hacer otros cambios permitidos por las normas de Medicare. Por ejemplo, podemos retirar de inmediato los medicamentos que la FDA considera inseguros o que el fabricante del producto retira del mercado. Actualizamos nuestra “Lista de medicamentos” en línea para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada.

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 buscar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Existen cuatro **etapas de pago de medicamentos**. La información a continuación muestra los cambios en las primeras dos etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica).

Cambios en la etapa de deducible

Etapas	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapas 1: Etapas de 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.

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y usted paga la suya. La mayoría de las vacunas para adultos de la parte D están cubiertas sin costo para usted. Los costos en esta fila corresponden al suministro para un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece los costos compartidos estándares. Para obtener información sobre los costos, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <i>Evidencia de cobertura</i>.	Su costo por un suministro para un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Una vez que haya alcanzado los \$4,660 en costos totales de medicamentos, pasará a la siguiente etapa (etapa de falta de cobertura).	Su costo por un suministro para un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Una vez que haya alcanzado los \$5,030 en costos totales de medicamentos, pasará a la siguiente etapa (etapa de falta de cobertura).

Cambios en la etapa de falta de cobertura y en la etapa de cobertura catastrófica

Las otras dos etapas de la cobertura de medicamentos (la etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica) son para las personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a la etapa de falta de cobertura y a la etapa de cobertura catastrófica.**

A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no paga nada más por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Para obtener información específica sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Descripción	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Información de contacto: domicilio	410 N 44th Street, Suite 900 Phoenix, AZ 85008	8220 N 23rd Avenue Phoenix, AZ 85021
Beneficio de acondicionamiento físico (complementario)	Beneficio de acondicionamiento físico proporcionado por Silver&Fit®.	Beneficio de acondicionamiento físico proporcionado por SilverSneakers®. Si tiene otras preguntas después del 1 de enero de 2024, ingrese a SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) , de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET). Consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura para conocer más detalles.

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1: Si desea seguir inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en otro plan ni se cambia a Medicare Original antes del 7 de diciembre, se lo inscribirá automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway.

Sección 4.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año; pero, si desea cambiar de plan para 2024, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

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

Para conocer más sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (**www.medicare.gov/plan-compare**), lea el manual *Medicare y usted 2024*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 7) o llame a Medicare (consulte la Sección 9.2).

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiarse a otro plan de salud de Medicare**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará de manera automática.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará de manera automática.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe seguir alguno de estos dos pasos:
 - Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.
 - O comuníquese con **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite la cancelación de 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 aparte, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

Aprobación de OMB 0938-1051 (Expira: 29 de febrero de 2024)

SECCIÓN 5 Cómo cambiar de plan

Si desea cambiar de plan o pasarse a Medicare Original el año próximo, puede hacerlo a partir del **15 de octubre y hasta el 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En determinadas situaciones, se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas con AHCCCS (Medicaid), quienes reciben “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos, quienes tienen cobertura por medio de su empleador o cancelan la cobertura de su empleador, y quienes se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), es posible que pueda cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes **periodos de inscripción especial**:

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2024 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 recetados de Medicare o sin ella) o a Medicare Original (con la cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2024.

Si se mudó recientemente a una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), acaba de mudarse de allí 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 la cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiarse a Medicare Original (con un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte o sin él) en cualquier momento.

SECCIÓN 6

Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) 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).

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de AHCCCS (Medicaid), llame al Sistema de Contención de Costo y Cuidado de la Salud de Arizona (AHCCCS) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** o al **1-602-417-4000, TTY: 1-800-367-8939**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. Consulte de qué manera la inscripción en otro plan o la reinscripción en Medicare Original afectan el modo en que recibe la 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, usted ya está inscrito en la “Ayuda adicional”; también llamada “Subsidio por bajos ingresos”. La “Ayuda adicional” paga algunas de las primas, los deducibles anuales y el coseguro de los medicamentos recetados. Como usted califica, no hay un período sin cobertura ni debe pagar una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda adicional”, 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 comunicarse con un representante. Los mensajes automatizados están disponibles las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.
 - La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).
- **Asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas que tienen VIH/SIDA y que son elegibles para el ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales para tratar el VIH. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos un comprobante de residencia estatal y del estado del VIH, situación de bajos ingresos (según lo establece el estado) y condición de no asegurado o con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos de medicamentos recetados mediante el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS). Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, sobre los medicamentos cubiertos o sobre cómo inscribirse en el programa, llame al **1-800-334-1540** o al **1-602-364-3610**.

SECCIÓN 8 ¿Tiene preguntas?

Sección 8.1: Cómo obtener ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. 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 la *Evidencia de cobertura de 2024* (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 los costos para 2024. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura de 2024* de BCBSAZ Health Choice Pathway. La Evidencia de cobertura es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web, **healthchoicepathway.com**. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en **healthchoicepathway.com**. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de proveedores*) y nuestra *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario o "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**). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones con estrellas de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite **www.medicare.gov/plan-compare**.

Lea *Medicare y usted* 2024

Lea el manual *Medicare y usted* 2024. Cada otoño, este folleto se envía por correo 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 de AHCCCS (Medicaid), puede llamar a AHCCCS (Medicaid) al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** o al **1-602-417-4000**, 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**.

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

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

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

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

BCBSAZ Health Choice Pathway

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.

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_D35619PY24_C

Aviso de No Discriminación

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



Health
Choice

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

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

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, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice Pathway

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**.

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_D35619PY24_C

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

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'éego da ats'íis baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bągh 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 kohj' **1-800-656-8991** nihich'í' 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^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险^的任何疑 问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

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

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-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.

Português: 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。

¿Preguntas sobre nuestros beneficios?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros:

1-800-656-8991, TTY: 711

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

HCHComments@azblue.com

Visite nuestro sitio web en:

HealthChoicePathway.com



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**

1331972-23