

# 2023

## Aviso Anual de Cambios



# BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)



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



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health  
Choice

# Aviso anual de cambios para 2023

Actualmente usted se encuentra inscrito como miembro de BCBSAZ Health Choice Pathway. El próximo año, se aplicarán cambios en los costos y beneficios del plan. **Consulte la página 5 para obtener un Resumen de los costos importantes, incluida la Prima.**

Este documento brinda información sobre los cambios a su plan. Para obtener más información sobre costos, beneficios o reglas, consulte la *Evidencia de cobertura*, que se encuentra en nuestro sitio web **healthchoicepathway.com**. También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.



## Qué debe hacer ahora

### 1. PREGUNTE: Qué cambios se aplican a usted

- Verifique 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.
- Verifique los cambios en la Lista de medicamentos de 2023 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 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 2023*.
- 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 2022, permanecerá en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Para **cambiar 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 2023**. Esto finalizará su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway.
- Consulte la sección 3, página 24, para obtener más información sobre sus opciones.
- Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar de plan o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte) en cualquier momento.



#### Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratis 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.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos, como braille, letra grande u otros formatos alternativos. Este documento puede estar disponible en idiomas distintos 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](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families).

#### Información sobre BCBSAZ Health Choice Pathway

- BCBSAZ 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 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), un licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

# Aviso anual de cambios para 2023

## Índice

---

<b>Resumen de costos importantes para 2023</b> .....	<b>5</b>
<b>SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan</b> .....	<b>8</b>
<b>SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos para el próximo año</b> .....	<b>9</b>
Sección 2.1 Cambios en la prima mensual .....	9
Sección 2.2 Cambios en el monto máximo de bolsillo .....	9
Sección 2.3 Cambios en las redes de proveedores y farmacias .....	10
Sección 2.4 Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos .....	11
Sección 2.5 Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D .....	18
<b>SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir</b> .....	<b>22</b>
Sección 3.1 Si desea seguir inscrito en BCBSAZ Health Choice Pathway .....	22
Sección 3.2 Si desea cambiar de plan .....	22
<b>SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan</b> .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)</b> .....	<b>23</b>
<b>SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados</b> ..	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?</b> .....	<b>25</b>
Sección 7.1 Cómo obtener ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway .....	25
Sección 7.2 Cómo obtener ayuda de Medicare .....	26
Sección 7.3 Cómo obtener ayuda de AHCCCS (Medicaid) .....	26

# Resumen de costos importantes para 2023

La siguiente tabla compara los costos de 2022 y los costos de 2023 para BCBSAZ Health Choice Pathway en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que este es solo un resumen de los costos.** Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> *La prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada.	\$0 o \$40.00 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 o \$42.60 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
<b>Deducible</b>	\$0 o \$233  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.	\$0 o \$226  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
<b>Visitas al consultorio del médico</b>	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% de coseguro.  Visitas al especialista: Copago de \$0 o 20% de coseguro.  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.	Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% de coseguro.  Visitas al especialista: Copago de \$0 o 20% de coseguro.  Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$389 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$778 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$400 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$800 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 2.5 para obtener información detallada).</p>	<p>Deducible: \$0 o \$99</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será de \$0 o \$99, según el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. Si su deducible es \$99: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$99 por sus medicamentos.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$480.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento genérico/preferido de varios proveedores, por receta, según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$1.35 o</li> <li>• Copago de \$3.95 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Todos los demás medicamentos, por receta, según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$4.00 o</li> <li>• Copago de \$9.85 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p>	<p>Deducible: \$0 o \$104</p> <p>Si recibe “Ayuda Adicional” para pagar por sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será de \$0 o \$104, según el nivel de “Ayuda Adicional” que recibe. Si su deducible es \$104: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$104 por sus medicamentos.</p> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$505.</p> <p>Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:</p> <p>Medicamento genérico/preferido de varios proveedores, por receta, según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$1.45 o</li> <li>• Copago de \$4.15 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Todos los demás medicamentos, por receta, según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$4.30 o</li> <li>• Copago de \$10.35 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Monto máximo de bolsillo</b>	\$3,450	\$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 de 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 de 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

### Cambio en el nombre del plan

El 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de Health Choice Pathway (HMO D-SNP) a BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP).

# SECCIÓN 2

## Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted).	\$0 o \$40.00 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 o \$42.60 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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Monto máximo de bolsillo</b>	\$3,450	\$7,550
<b>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo.</b>  Si es elegible para recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid) con los copagos y deducibles 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 y deducibles) 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](https://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 próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2023 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 costos de los servicios médicos

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

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

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Monto máximo de bolsillo (MOOP)</b>	\$3,450	\$7,550
<b>Examen físico anual (complementario)</b>	Sin cobertura	Copago de \$0  El examen físico anual de rutina es un examen físico extenso que incluye una recopilación de antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Puede programar su examen físico de rutina anual una vez cada año calendario. Los análisis de laboratorio preventivos, exámenes de detección y/o pruebas de diagnóstico recibidos durante esta visita están sujetos a su cobertura de pruebas de laboratorio y diagnóstico. Para obtener más información, consulte “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” en la Evidencia de cobertura (EOC).

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Tarjeta flexible de dental, de la vista y de la audición</b>	Sin cobertura	<p>Nuestro plan ofrece una tarjeta prepaga Visa® tarjeta flexible con un límite anual combinado de \$1,000 para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y de la audición. El dinero de sus beneficios puede usarse en servicios dentales, de la vista y de la audición según lo considere conveniente. Cualquier dinero de beneficios sin usar vencerá al final del año. Este beneficio no reemplaza a los suplementario beneficios dentales, de la vista o de la audición y está diseñado para ayudar a compensar ciertos gastos.</p> <p>Para ser elegible para recibir los beneficios mencionados anteriormente, usted debe: Agotar cualquiera de sus beneficios complementarios, es decir, dental, de la vista, de la audición complementarios.</p> <p>Consulte el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener información adicional sobre este beneficio e información sobre las limitaciones y los máximos de los beneficios dentales, de la vista o de la audición complementarios.</p>
<b>Servicios de emergencia</b>	Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% hasta \$120 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.	Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% hasta \$95 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
<b>Audífonos (Beneficio complementario)</b>	Asignación de beneficio máximo de \$2,000 cada año para audífonos; ambos oídos combinados.	<p>Asignación de beneficio máximo de \$2,500 cada año para audífonos; ambos oídos combinados.</p> <p>Consulte el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener información adicional sobre este beneficio.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Hospitalizaciones</b>	<p>Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$389 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$778 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Copago de \$400 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Copago de \$800 por cada “día de reserva de por vida” después del día 90 para cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<b>Beneficio de comidas (complementario)</b>	<p>Copago de \$0 por hasta 42 comidas en total.</p> <p>28 comidas (hasta 2 comidas por día durante 14 días) por admisión, una vez por año calendario.</p> <p>14 comidas (hasta 2 comidas por día durante 7 días) para insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y diabetes.</p>	<p>Copago de \$0 por hasta 84 comidas en total.</p> <p>70 comidas (hasta 2 comidas por día durante 35 días) por admisión, una vez por año calendario.</p> <p>14 comidas (hasta 2 comidas por día durante 7 días) para insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y diabetes.</p>
<b>Artículos de venta libre (OTC) (complementario)</b>	<p>Asignación de \$270 cada 3 meses</p> <p>El monto se transfiere al siguiente período si no se usa.</p>	<p>Asignación de \$380 cada 3 meses</p> <p>El monto se transfiere al siguiente período si no se usa.</p> <p>Consulte el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la Evidencia de cobertura (EOC) para obtener información adicional sobre este beneficio.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b></p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:</p> <p>Días 1 a 20: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$194.50 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 101 en adelante: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF.</p> <p>Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:</p> <p>Días 1 a 20: Copago de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: Copago de \$200 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 101 en adelante: todos los costos.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></p>	<p><b>Alimentos y productos</b></p> <p>Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito con un límite de \$25 dólares por mes para ayudar a cubrir el costo de alimentos saludables.</p> <p>El monto sin usar no se transfiere a los comestibles saludables de cada mes.</p> <p>Beneficios complementarios especiales para las siguientes afecciones crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones de la insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li> <li>• Diabetes con complicaciones</li> <li>• Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li> <li>• Cáncer</li> <li>• Presión arterial alta</li> <li>• Trastornos digestivos</li> <li>• Trastornos alimenticios</li> <li>• Enfermedad renal</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Determinantes sociales de la salud (SDOH)</li> </ul>	<p><b>Alimentos y productos</b></p> <p>Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepagada con un límite de \$100 dólares por mes para ayudar a cubrir el costo de alimentos saludables.</p> <p>El monto sin usar no se transfiere para comestibles saludables cada mes.</p> <p>Para ser elegible para recibir el beneficio de \$100 mencionado anteriormente, debe tener un reclamo registrado en CY2023 con:</p> <p>Una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cáncer</li> <li>• Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)</li> <li>• Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)</li> <li>• Hipertensión</li> <li>• Obesidad</li> <li>• Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/COVID prolongada</li> </ul> <p>Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepagada con un límite de \$30 dólares por mes para ayudar a cubrir el costo de alimentos saludables.</p> <p>El monto sin usar no se transfiere para comestibles saludables cada mes.</p> <p>Para ser elegible para recibir el beneficio de \$30 mencionado anteriormente,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• debe tener un reclamo registrado en CY2023 con:</li> <li>• Una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican</li> <li>• Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)</li> <li>• Anemia aplásica</li> <li>• Asma</li> <li>• Trastornos bipolares</li> <li>• Arritmia cardíaca</li> <li>• Dependencia crónica al alcohol y otras drogas</li> </ul>

Cost	2022 (this year)	2023 (next year)
<b>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bronquitis crónica</li> <li>• Trastorno tromboembólico venoso crónico</li> <li>• Enfermedad de la arteria coronaria</li> <li>• Demencia</li> <li>• Enfisema</li> <li>• Enfermedad hepática en etapa terminal</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)</li> <li>• Hemofilia</li> <li>• VIH/SIDA</li> <li>• Enfermedad de Huntington</li> <li>• Púrpura trombocitopénica inmune</li> <li>• Trastornos depresivos mayores</li> <li>• Esclerosis múltiple</li> <li>• Síndrome mielodisplásico</li> <li>• Trastorno paranoide</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Enfermedad vascular periférica</li> <li>• Poliarteritis nodosa</li> <li>• Polimialgia reumática</li> <li>• Polimiositis</li> <li>• Polineuropatía</li> <li>• Fibrosis pulmonar</li> <li>• Hipertensión pulmonar</li> <li>• Artritis reumatoide</li> <li>• Trastorno esquizoafectivo</li> <li>• Esquizofrenia</li> <li>• Enfermedad de células falciformes (excluyendo el rasgo de células falciformes)</li> <li>• Estenosis espinal</li> <li>• Déficit neurológico relacionado con el accidente cerebrovascular</li> <li>• Lupus eritematoso sistémico</li> </ul>

Cost	2022 (this year)	2023 (next year)
<p><b>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</b></p>	<p><b>Sin cobertura para tarjeta flexible de vivienda y servicios públicos</b></p>	<p>Nota: Si califica para ambos beneficios, usted recibirá la cantidad más alta de los dos beneficios. No recibirá ambas cantidades.</p> <p><b>Tarjeta Flexible de vivienda y servicios públicos</b></p> <p>Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de hasta \$1,000 por año para ayudar a cubrir el costo del alojamiento después de una hospitalización elegible y ciertos servicios públicos (servicio de electricidad, gas, saneamiento, agua y/o teléfono).</p> <p>Para ser elegible para recibir los beneficios de Alojamiento/Servicios públicos Flex Care mencionados anteriormente,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe participar activamente en la gestión de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway</li> <li>• Una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican</li> <li>• Complicaciones de prediabetes o diabetes</li> <li>• Hospitalización reciente por enfermedad mental</li> <li>• Hospitalización reciente por diabetes o una afección médica empeorada por prediabetes o diabetes</li> <li>• Cualquier dinero de beneficios de tarjeta flexible sin usar vencerá al final del año.</li> </ul>

Costo	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Transporte (complementario)</b>	<p>24 traslados de ida cada año calendario.</p> <p>Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida, un traslado de ida y vuelta se considera dos traslados.</p>	<p>36 traslados de ida cada año calendario.</p> <p>Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida, un traslado de ida y vuelta se considera dos traslados.</p>
<b>Servicios requeridos urgentemente</b>	<p>Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% hasta \$65 por los servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>	<p>Usted paga un copago de \$0 o un coseguro del 20% hasta \$60 por los servicios requeridos urgentemente cubiertos por Medicare.</p> <p>Todos los montos de costos compartidos se basan en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>

## 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 entregará una copia digital de la Lista de medicamentos.

Hemos modificado nuestra Lista de medicamentos, con cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el próximo año y para saber si habrá alguna restricción.**

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 trabajar para encontrar un nuevo medicamento. También puede comunicarse con Servicios para miembros para obtener más información.

## Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados de Medicare, puede calificar para una reducción o eliminación de su costo compartido para los medicamentos de la Parte D. Es posible que parte de la información descrita en esta sección no se aplique a usted. Nota: Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted. Le hemos enviado un documento aparte, denominado “Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados” (también llamada “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula de LIS”), donde se le informan los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2022, llame a Servicios para miembros y solicite la “Cláusula de LIS”.

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 llegan a las otras dos etapas: la etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica).

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas:** nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

**Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina:** no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

## Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 1:</b> <b>Etapa de deducible anual</b> En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.	El deducible es \$0 o \$99 según el nivel de “Ayuda adicional” que recibe.  Si no recibe “Ayuda adicional”, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible del plan de \$480.	El deducible es \$0 o \$104 según el nivel de “Ayuda adicional” que recibe.  Si no recibe “Ayuda adicional”, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible del plan de \$505.

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

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b></p> <p>Una vez que pague el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y <b>usted paga la suya.</b></p> <p>Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> <p>Medicamento genérico/preferido de varios proveedores, por receta, según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$1.35 o</li> <li>• Copago de \$3.95 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$4.00 o</li> <li>• Copago de \$9.85 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan llegado a \$4,430, pasará a la siguiente etapa (la etapa de interrupción de la cobertura). O ha pagado \$7,050 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$1.45 o</li> <li>• Copago de \$4.15 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p><b>Todos los demás medicamentos:</b> Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copago de \$0 o</li> <li>• Copago de \$4.30 o</li> <li>• Copago de \$10.35 o</li> <li>• 15% del costo</li> </ul> <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan llegado a \$4,660, pasará a la siguiente etapa (la etapa de interrupción de la cobertura). O ha pagado \$7,400 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

## Cambios en su beneficio de la Parte D de VBI

El costo compartido del subsidio por bajos ingresos (LIS) del beneficiario no se aplica a todos los medicamentos de la Parte D en todas las fases de beneficios. Esto significa que si califica para el costo compartido de LIS, califica para los montos de costo compartido reducidos de la Parte D a continuación.

### Etapa de deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 1:</b> <b>Etapa de deducible anual</b> En esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.	Sin beneficio de la Parte D de VBI en 2022	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.

### La etapa de cobertura inicial

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
<b>Etapa 2:</b> <b>Etapa de cobertura inicial</b> En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y <b>usted paga la suya.</b> Los costos en esta fila corresponden a un suministro para un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. Para obtener información sobre los costos, consulte el Capítulo 6, Sección 5, de la <i>Evidencia de cobertura</i> .	Sin beneficio de la Parte D de VBI en 2022	Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: <b>Genéricos y medicamentos tratados como genéricos:</b> Según su nivel de "Ayuda adicional" o estado institucional, usted paga copago de \$0 por receta. <b>Todos los demás medicamentos:</b> Según su nivel de "Ayuda adicional" o estado institucional, usted paga copago de \$0 por receta.

# SECCIÓN 3    Cómo decidir qué plan elegir

---

## Sección 3.1: 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 le inscribirá automáticamente en BCBSAZ Health Choice Pathway.

---

## Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar de plan para 2023, siga estos pasos:

### Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

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

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, use el Buscador de planes de Medicare (**[www.medicare.gov/plan-compare](http://www.medicare.gov/plan-compare)**), lea el manual Medicare y usted 2023, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

### Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en BCBSAZ Health Choice Pathway se cancelará de manera automática.
- Para **cambiar 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 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.

## SECCIÓN 4    Cómo cambiar de plan

---

Si desea cambiar de plan o cambiar 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 2023.

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

En determinadas situaciones, se pueden hacer cambios en otros momentos del año. Los ejemplos incluyen 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 del área de servicio.

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2023 y no está satisfecho con el plan que eligió, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o a Medicare Original (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2023.

Si se mudó recientemente, vive actualmente o acaba de mudarse de una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de atención a largo plazo), puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con cobertura de medicamentos recetados de Medicare o sin ella) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5

### 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 personas con Medicare. Los asesores del SHIP de Arizona pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con Medicare. Pueden ayudarle 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), comuníquese al **1-855-HEA-PLUS (1-855-432-7587)** o **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 6

## 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. Debido a que 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**, o
  - 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, incluido un comprobante de residencia estatal 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). 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 **1-602-364-3610**.

# SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?

---

## Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de BCBSAZ Health Choice Pathway

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

**Lea la *Evidencia de cobertura de 2023* (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 2023. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura de 2023* 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. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestra página web [healthchoicepathway.com](https://healthchoicepathway.com). También puede llamar a Servicios para miembros para pedirnos que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

### Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web **[healthchoicepathway.com](https://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/Lista de medicamentos).

## Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

**Visite el sitio web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare (**[www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)**). Contiene información sobre 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](http://www.medicare.gov/plan-compare)**.

**Lea Medicare y usted 2023**

Lea el manual *Medicare y usted 2023*. Cada otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre 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 7.3: 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 **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**

**Fax: 480-760-4739**

**TTY: 711**

**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

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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\_D32303PY23\_C

# Aviso de No Discriminación



Health  
Choice

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

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

**Fax:** 480-760-4739

**TTY:** 711

**Correo electrónico:** [HCHComments@azblue.com](mailto: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

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/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\_D32303PY23\_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'éégo da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjí' **1-800-656-8991** nihich'í' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费<sup>的</sup>翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。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 pagsaling-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.

**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.

# Multi-language Interpreter Services



Health  
Choice

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

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

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-656-8991** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-656-8991**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-656-8991**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-656-8991**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-656-8991**. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-656-8991** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

**¿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**

 Danos "Me Gusta" en Facebook - Health Choice Pathway

 "Síguenos" en Twitter - HealthChoiceAZ



**BlueCross  
BlueShield**  
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health  
Choice**