2023
Resumen de beneficios

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

BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) Resumen de beneficios

1 de enero de 2023 – 31 de diciembre de 2023

Información sobre BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Cómo comunicarse con nosotros:

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: **1-800-656-8991, TTY: 711.**

Si no es miembro de este plan, llame a la línea gratuita al: **1-855-243-3935, TTY: 711.**

O visite nuestro sitio web: **healthchoicepathway.com**

BCBSAZ Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios. Generalmente, debe usar las farmacias de la red para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web **healthchoicepathway.com,** o llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de farmacias y proveedores.

Este folleto le brinda un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura" (EOC). Puede acceder a nuestra EOC en nuestro sitio web **healthchoicepathway.com.**

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el sistema Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), y vivir en nuestra área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

¿Qué cubrimos?

Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original, y más. Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web **healthchoicepathway.com,** o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BCBSAZ Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de nuestra red, es posible que el plan no pague por esos servicios.

Puede consultar el directorio de proveedores, el directorio de farmacias y el formulario de nuestro plan en nuestro sitio web: **healthchoicepathway.com,** o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias o del formulario.

Nota: El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden modificarse en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare:

Una opción es obtener sus beneficios de Medicare a través de Medicare Original (tarifa por el servicio de Medicare). Medicare Original es administrado directamente por el gobierno federal.

Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como BCBSAZ Health Choice Pathway.

Tiene opciones a su disposición. Consejos para comparar los planes de Medicare:

Este folleto de Resumen de beneficios le brinda un resumen de lo que cubre BCBSAZ Health Choice Pathway y lo que usted debe pagar.

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes el folleto de su Resumen de beneficios o use el Buscador de planes de Medicare en **http://www.medicare.gov.**

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare original, consulte su manual actual "Medicare y usted".

Consúltelo en línea en **http://www.medicare.gov** o llame para obtener una copia 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.**

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.

BCBSAZ Health Choice Pathway es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Esta información está disponible en otros formatos, como Braille, letra grande y audio.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al **1-800-656-8991: TTY 711** para obtener más información.

Cuadro de Resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway 2023

El costo compartido de los beneficios cubiertos por Medicare en el siguiente cuadro se basa en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.

Prima mensual, deducibles y límites	
Prima mensual del plan de salud	$0 o $42.60 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Deducible	$0 o $226. $0 a $505 por año para medicamentos de venta con receta de la Parte D según su nivel de AHCCCS (elegibilidad de Medicaid).

Prima mensual, deducibles y límites	
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en BCBSAZ Health Choice Pathway (su monto máximo de gastos de bolsillo) es $7,550. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo de gastos de bolsillo completo, pagaremos todos los servicios de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados	
Es posible que se requiera autorización previa	Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o a un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible de la hospitalización por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar esos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado esos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar: Deducible de $1,600 por cada período de beneficios Días 1 a 60: Copago de $0 por cada período de beneficios Días 61 a 90: Copago de $400 por día de cada período de beneficios 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) Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.

Atención ambulatoria en hospital Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios de observación ambulatoria en hospital Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Centro de cirugía ambulatoria Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Visitas al médico	
Servicios de proveedor de atención primaria	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios de médicos especialistas Es posible que se requiera autorización previa para el tratamiento del dolor	Copago de $0 o 20% de coseguro
Atención preventiva	
Asesoría relacionada con la prevención del consumo de tabaco	Copago de $0
Asesoría y detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja	
Capacitación para el automanejo de la diabetes	
Detección de cáncer colorrectal	
Detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoría conductual de alta intensidad para prevenir STI	
Detección de la depresión	
Detección de la diabetes	
Detección del cáncer cervical con pruebas para detectar el virus del papiloma humano	
Detección del cáncer de próstata	
Detección del glaucoma	
Detección del virus de la hepatitis B	
Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	
Detección y asesoría en relación con el consumo de alcohol	
ECG después de la visita de bienvenida	
Ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Enemas de bario	
Examen físico preventivo inicial (IPPE)	
Examen rectal digital	
Exámenes pélvicos de detección (incluye exámenes mamarios clínicos)	
Mamografía de detección	
Mediciones de masa ósea (densidad ósea)	
Papanicolaou de detección	
Prueba de detección del virus de la hepatitis C	
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	
Servicios preventivos prolongados	
Terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular	
Terapia conductual intensiva para la obesidad	

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Atención preventiva (continuación)	
Terapia de nutrición médica **Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B** **Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la influenza** **Vacuna y administración de la vacuna contra la COVID-19** **Vacuna y administración de la vacuna neumocócica** **Visita de bienestar anual**	
Servicios de atención de emergencia	
Atención de emergencia	Copago de $0 o 20% de coseguro hasta $95 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.
Servicios de urgencia necesarios	
Atención de urgencia	Copago de $0 o 20% de coseguro hasta $60 por los servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare.
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Servicios de laboratorio de imágenes	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios de laboratorio Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0
Radiología diagnóstica (p. ej., IRM, TC) Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Radiografías ambulatorias	Copago de $0 o 20% de coseguro
Radiología terapéutica Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios de audición	
Exámenes de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare Solo están cubiertos cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.	Copago de $0 o 20% de coseguro
Examen de audición de rutina (Beneficio complementario)	Copago de $0 Un examen por año

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de audición (continuación)	
Ajuste de audífonos y audífonos (Beneficio complementario)	Copago de $0 para la colocación de un aparato auditivo una vez por año. Copago de $0 para aparatos auditivos Asignación de beneficio máximo de $2,500 cada año para audífonos; ambos oídos combinados
Servicios dentales	
Servicios dentales cubiertos por Medicare La Parte A de Medicare (Seguro hospitalario) pagará por ciertos servicios dentales que usted recibe cuando está en un hospital. La Parte A puede pagar la atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales de emergencia o complejos, incluso si la atención dental no está cubierta.	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios dentales preventivos e integrales (Beneficio complementario) **Servicios preventivos que incluyen:** • Un tratamiento con flúor, uno cada año. • Dos exámenes bucales por año, dos cada año. • Dos servicios de profilaxis (limpiezas) cada año, uno cada 6 meses. • Dos radiografías dentales por año, que consta de: - Una radiografía interproximal o radiografía simple o - Una radiografía completa de toda la boca (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/ panorámica cada 36 meses. **Servicios integrales que incluyen:** • Servicios que no son de rutina • Servicios de diagnóstico • Servicios de restauración • Servicios de endodoncia • Servicios de periodoncia • Servicios de extracciones • Dentaduras postizas - Con cobertura una vez cada cinco años. - Hasta cuatro ajustes por año.	Copago de $0 por servicios dentales preventivos e integrales Asignación máxima de beneficios de $4,000 por año calendario para todos los servicios dentales combinados.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de la vista	
Examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar/ tratar las enfermedades oculares (incluida la detección anual de glaucoma) **Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas**	Copago de $0 o 20% de coseguro
Examen de la vista de rutina (Beneficio complementario)	Copago de $0 Uno por año
Anteojos (Beneficio complementario)	Copago de $0 Nuestro plan paga hasta una asignación máxima de beneficios de $450 cada año para anteojos ilimitados • Lentes de contacto • Anteojos (monturas y lentes)
Servicios de salud mental	
Hospitalización psiquiátrica Es posible que se requiera autorización previa	Visita hospitalaria: Nuestro plan cubre hasta 190 días de por vida de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite en la atención hospitalaria no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados en un hospital general. Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o a un SNF después de que haya finalizado un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. Debe pagar el deducible de la hospitalización por cada período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 "días de reserva de por vida". Estos son días "adicionales" que cubrimos. Si su hospitalización supera los 90 días, puede usar esos días adicionales. Sin embargo, una vez que haya usado esos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días. Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar: Deducible de $1,600 por cada período de beneficios Días 1 a 60: Copago de $0 por cada período de beneficios Días 61 a 90: Copago de $400 por día de cada período de beneficios

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de salud mental (continuación)	
Hospitalización psiquiátrica Es posible que se requiera autorización previa (continuación)	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) Más allá de los días de reserva de por vida: todos los costos Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.
Visita de terapia individual/ grupal ambulatoria • Servicio de especialidad de salud mental • Servicios psiquiátricos • Abuso de sustancias	Copago de $0 o 20% de coseguro
Centro de enfermería especializada (SNF)	
Es posible que se requiera autorización previa	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF. Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar: Días 1 a 20: Copago de $0 por cada período de beneficios Días 21 a 100: Copago de $200 por día de cada período de beneficios Día 101 en adelante: todos los costos Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga $0.
Rehabilitación ambulatoria	
Servicios de fisioterapia y terapia del habla Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Rehabilitación cardíaca y pulmonar	Copago de $0 o 20% de coseguro

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Rehabilitación ambulatoria (continuación)	
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una derivación para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de SET.	Copago de $0 o 20% de coseguro
Servicios de terapia ocupacional Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Ambulancia	
Se requiere autorización previa solo para transporte en ambulancia que no sea de emergencia	Copago de $0 o 20% de coseguro por servicios de transporte terrestre y aéreo en ambulancia
Transporte	
Los servicios cubiertos incluyen: • Servicio de puerta a puerta • Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud • 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 **Los servicios cubiertos no incluyen:** • Transporte en ambulancia	Copago de $0 36 traslados de ida cada año hacia o desde una ubicación aprobada
Beneficios de medicamentos recetados	
Medicamentos de la Parte B de Medicare	
Medicamentos de quimioterapia/radiación Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Otros medicamentos de la Parte B de Medicare Es posible que se requiera autorización previa **Medicamentos de la Parte B de Medicare – Terapia escalonada**	Copago de $0 o 20% de coseguro La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir una prueba de un medicamento de la Parte B o Parte D.

Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Solo cubierto por Medicare

Hay "etapas de pago de medicamentos" para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de conformidad con BCBSAZ Health Choice Pathway. El monto que usted paga por un medicamento depende de en cuál de estas etapas se encuentre en el momento en que surte o resurte una receta:

Etapa de cobertura inicial: durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de los medicamentos y usted paga su parte del costo. Su deducible anual es de $0 a $505. Sus montos de costo compartido para los medicamentos son los siguientes:

	Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o suministro para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)	**Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)**	Estos montos de copago corresponden solo a las farmacias dentro de la red. Los montos y las etapas que se muestran se basan en la elegibilidad para el Subsidio por bajos ingresos (LIS) también conocido como "Ayuda adicional". Si pierde su elegibilidad para LIS, el monto que paga cambiará a los niveles de Medicare Original. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo dentro de la red. Es posible que pueda obtener un suministro para 100 días de su receta (si corresponde a su medicamento). El surtido de medicamentos por menos de 31 días tendrá un copago prorrateado según la cantidad de días correspondientes al surtido. El 1/1/2024, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.
Miembros institucionalizados	Copago de $0	Copago de $0	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) de hasta el 100%	Copago de $1.45	Copago de $4.30	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) superior al 100%	Copago de $4.15	Copago de $10.35	
Miembros QMB/QMB+/ SLMB+ con un nivel federal de pobreza (FPL) en o inferior al 135%	Copago de $4.15	Copago de $10.35	
Nivel federal de pobreza (FPL) inferior al 150%	15% de coseguro	15% de coseguro	

Una vez que los costos totales del medicamento hayan alcanzado los $4,660, pasará a la siguiente etapa (etapa sin cobertura). Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus "gastos de bolsillo" del año hasta la fecha alcanza los $7,400. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica. Para los miembros elegibles para LIS 4, tendrá un copago de $4.15 para medicamentos genéricos o un copago de $10.35 para medicamentos de marca en esta etapa. Para todos los demás miembros, BCBSAZ Health Choice Pathway pagará todo el costo de sus medicamentos hasta el 31/12/2023.

Beneficios de medicamentos recetados

Beneficio de la Parte D del diseño de seguro basado en el valor (VBID)

Solo cubierto por Medicare

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 cobertura inicial: En esta etapa, el plan paga su parte del costo por sus medicamentos y usted paga la suya. Su deducible anual es $0. Sus montos de costos compartidos para los medicamentos son:

	Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o suministro para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)	**Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)**	Estos montos de copago corresponden solo a las farmacias dentro de la red. Si pierde su elegibilidad para LIS, el monto que paga cambiará a los niveles de Medicare Original. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo dentro de la red. Es posible que pueda obtener un suministro para 100 días de su receta (si corresponde a su medicamento). El 1/1/2024, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.
Miembros institucionalizados	Copago de $0	Copago de $0	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) de hasta el 100%	Copago de $0	Copago de $0	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) superior al 100%	Copago de $0	Copago de $0	
Miembros QMB/QMB+/ SLMB+ con un nivel federal de pobreza (FPL) en o inferior al 135%	Copago de $0	Copago de $0	
Nivel federal de pobreza (FPL) inferior al 150%	Copago de $0	Copago de $0	

Una vez que los costos totales del medicamento hayan alcanzado los $4,660, pasará a la siguiente etapa (etapa sin cobertura). Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus "gastos de bolsillo" del año hasta la fecha alcanza los $7,400. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica. Etapa de cobertura catastrófica: En esta etapa, BCBSAZ Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 31/12/2023.

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, incluso si no ha pagado su deducible.

Beneficios adicionales cubiertos	
Tarjeta Flexible para servicios dentales, de la vista y de la audición	
Nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga 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 beneficios dentales, de la vista o de la audición y está diseñado para ayudar a compensar ciertos gastos. 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). Consulte el cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la EOC para conocer las limitaciones y los máximos de los beneficios dentales, de la vista o de la audición complementarios. Después de lo cual, la tarjeta flexible se cargará con fondos. Nota: Los servicios dentales, de la vista y de la audición complementarios (es decir, no cubiertos por Medicare) deben recibirse de un proveedor participante para que estén cubiertos por el plan. Nota: Si se determina que usted es elegible para los beneficios dentales, de la vista y de la audición no recibirá una tarjeta Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios dentales, de la vista y de la audición se agregarán automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa Tarjeta Flexible. Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no puede utilizarse ni tiene relación con su beneficio de artículos de venta libre (OTC) ni puede asociarse con este. Consulte el cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la EOC para conocer la cobertura del beneficio de artículos de venta libre (OTC) y los proveedores. Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido la tarjeta Visa® prepaga de Tarjeta Flexible o desea obtener más información sobre este beneficio, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este folleto) o visite nuestro sitio web **healthchoicepathway.com.** Este beneficio es para su uso exclusivo, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.	Copago de $0 para la cobertura adicional de los servicios dentales, de la vista y de la audición. Asignación de beneficio máximo de $1,000.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales	
• Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Copago de $0
• Servicios de diálisis • Equipo y suministros para diálisis en el hogar	Copago de $0 o 20% de coseguro

Beneficios adicionales cubiertos	
Examen físico anual (complementario)	
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".	Copago de $0
Servicios quiroprácticos	
Cubierto por Medicare Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de su columna vertebral se salen de su posición) Es posible que se requiera autorización previa y remisión	Copago de $0 o 20% de coseguro
Atención médica domiciliaria	
Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0
Servicios del programa de tratamiento de opioides (OTPS)	
• Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Prueba toxicológica	Copago de $0
Cuidado de los pies (servicios de podología)	
Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño de los nervios causado por la diabetes o si reúne las condiciones.	Copago de $0 o 20% de coseguro
Equipos/suministros médicos	
Equipo médico duradero (DME) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno) Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Suministros protésicos/médicos Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 o 20% de coseguro
Suministros y servicios para diabéticos La autorización previa se aplica solo a las bombas de insulina y no a los suministros habituales (lancetas, tiras reactivas)	Copago de $0 o 20% de coseguro
Calzado terapéutico o plantillas para personas con diabetes.	Copago de $0 o 20% de coseguro

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios adicionales complementarios	
Las asignaciones trimestrales de artículos de venta libre (OTC) se encuentran en el catálogo de OTC. Los artículos pueden pedirse en línea o por teléfono, o pueden comprarse en la tienda.	Copago de $0 para asignaciones de $380 cada 3 meses. Cualquier monto de beneficios sin usar se transferirá del trimestre anterior; sin embargo, expirará en el siguiente trimestre si no se usa. 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. Tenga en cuenta que cualquier monto de beneficios sin usar del cuarto trimestre (octubre, noviembre y diciembre) no se transferirá al siguiente año del plan.
Beneficio de comidas Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $0 por hasta 84 comidas en total. Hasta 70 comidas por ingreso al hospital, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 35 días, inmediatamente después de una cirugía u hospitalización o por una enfermedad crónica. Hasta 14 comidas, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 7 días, para miembros que estén en riesgo de hospitalización, servicios de emergencia y que tengan complicaciones con las siguientes afecciones: insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y diabetes.
Membresía de acondicionamiento físico	Copago de $0 para acondicionamiento físico, acondicionamiento de la memoria, rastreador de actividad. Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit® Los miembros tienen las siguientes opciones disponibles sin costo alguno. Planes de entrenamiento: al responder algunas preguntas usted recibirá un plan de entrenamiento personalizado, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos digitales de entrenamiento sugeridos. Entrenamientos digitales: puede ver videos a petición a través de la biblioteca de entrenamiento. Membresía de centros de acondicionamiento físico: puede visitar los centros de acondicionamiento físico participantes cerca de usted que formen parte del programa. Kits de acondicionamiento físico en el hogar: usted es elegible para recibir un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios. Club de bienestar: al establecer sus preferencias para los temas de bienestar en el sitio web, verá recursos adaptados a sus intereses y objetivos de hábitos saludables, incluidos artículos, videos, clases de transmisión en vivo y clubes sociales. Instrucción para el envejecimiento saludable: puede participar en sesiones por teléfono con un entrenador capacitado donde puede hablar sobre temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud cerebral. Las herramientas ayudarán con el seguimiento de su actividad.
Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas 1-855-458-0622 Acceso a personal de enfermería certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de $0

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas	
Servicios de tecnología de acceso remoto	Copago de $0 Es posible que los médicos puedan verificar su presión arterial, peso y monitorear su nivel de glucosa de forma remota según corresponda, de manera que problemas como la presión arterial alta o el nivel de azúcar en la sangre elevado puedan identificarse en tiempo real. Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. • Dispositivos de salud conectados y tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM), en asociación con la intervención de un PCP o un especialista • Los dispositivos de salud conectados pueden permitir que los médicos controlen su salud sin tener que realizar citas presenciales. El equipo de tecnología de acceso remoto puede incluir, entre otros: • Tensiómetro • Balanza • Medidor de glucosa Para ser elegible para recibir los beneficios mencionados anteriormente, debe estar bajo la administración de la atención y tener una o más afecciones crónicas que califiquen. • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Diabetes • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) • Secuela aguda posterior a la infección por el SARS-CoV-2 (PASC/ COVID-19 persistente)

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)	
Tarjeta de alimentos y productos	Si es elegible, nuestro plan ofrece una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite de $30 o $100 por mes para cubrir el costo de alimentos saludables que incluyen, entre otros, los siguientes: • Frutas y vegetales • Carnes • Mariscos • Jugos • Comida preparada • Lácteos • Huevos enteros y sustitutos de huevo • Yogur • Margarina • Leches de soya y otras nueces • Productos • Carnes • Mariscos • Pan, bollos y tortillas • Suministros para hornear/ cocinar • Azúcar (blanca, morena y en polvo) • Hierbas, especias y condimentos • Aceites y manteca vegetal • Frutos secos, snacks de frutas • Pasta seca/frijoles • Arroz y granos integrales • Mezclas secas: mezclas para guarniciones, mezclas para cenas • Frutas y verduras enlatadas/ en frasco (incluyendo salsa y frijoles no procesados) • Comida preparada (guisos enlatados, Heat & Eat) • Sopa • Cacao, café y té (seco o líquido) • Jugos (incluye aquellos con gas) • Agua (embotellada, mejorada, con gas) • Bebidas deportivas • Hielo Para obtener una lista completa de los artículos, consulte la Evidencia de Cobertura (EOC), Capítulo 4, Sección 2.1.

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)

Tarjeta de alimentos y productos (continuación)

Tenga en cuenta lo siguiente: Si se determina que es elegible para el beneficio de Alimentos y Productos, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de beneficios de Alimentos y Productos se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga recibida como parte del programa Tarjeta Flexible. Si no ha recibido su tarjeta de débito Visa® prepaga, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Cualquier monto sin usar no se transfiere al mes siguiente.

Para ser elegible para recibir la tarjeta de alimentos y productos por $100, debe tener un reclamo registrado en CY2023 y una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican.

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
- Hipertensión
- Obesidad
- Secuela aguda posterior a la infección por el SARS-CoV-2 (PASC/COVID-19 persistente)

Para ser elegible para recibir la tarjeta de alimentos y productos por $30, debe tener un reclamo registrado en CY2023 y una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican.

- Esclerosis lateral amiotrófica (ALS)
- Anemia aplásica
- Asma
- Trastorno bipolar
- Arritmias cardíacas
- Dependencia crónica al alcohol o a otras drogas
- Bronquitis crónica
- Trastorno tromboembolismo venoso crónico
- Arteriopatía coronaria
- Demencia
- Enfisema
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Epilepsia
- Parálisis extensiva (es decir, hemiplejia, cuadriplejia, paraplejia, monoplejia)
- Hemofilia
- VIH/sida
- Enfermedad de Huntington

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)

Tarjeta de alimentos y productos (continuación)

- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Trastornos depresivos importantes
- Esclerosis múltiple
- Síndrome mielodisplásico
- Trastorno paranoide
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad arterial periférica
- Poliarteritis nudosa
- Polimialgia reumática
- Polimiositis
- Polineuropatía
- Fibrosis pulmonar
- Hipertensión pulmonar
- Artritis reumática
- Trastorno esquizoafectivo
- Esquizofrenia
- Anemia falciforme (se excluye el rasgo drepanocítico)
- Estenosis espinal
- Déficit neurológico relacionado con un accidente cerebrovascular
- Lupus eritematoso sistémico

Nota: Si reúne los requisitos para ambos beneficios, recibirá el beneficio más alto de los dos. No recibirá ambos beneficios.

Nota: Si no tiene un reclamo registrado, programe una visita de bienestar anual o una visita de rutina anual con su PCP.

Nota: Si se determina que es elegible para el beneficio de alimentos y productos, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios de alimentos y productos (SSBCI) se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga recibida como parte del programa Tarjeta Flexible.

Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no puede utilizarse ni tiene relación con su beneficio de artículos de venta libre (OTC) ni puede asociarse con este. Consulte el cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la EOC para conocer la cobertura del beneficio de artículos de venta libre (OTC) y los proveedores.

Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido la tarjeta Visa® prepaga de Tarjeta Flexible o desea obtener más información sobre este beneficio, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este folleto) o visite nuestro sitio web **healthchoicepathway.com.**

Este beneficio es para su uso exclusivo, no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.

Beneficios adicionales cubiertos	
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (continuación)	
Manejo mejorado de enfermedades	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales para ciertos miembros sin costo para usted. Si es elegible, un asistente de enfermería certificado o un trabajador de salud comunitario bajo la supervisión de un enfermero puede realizar las visitas domiciliarias en persona o virtuales. Se comunica la información y los datos al proveedor de atención primaria y al equipo de atención del miembro. Para ser elegible para recibir los beneficios mencionados anteriormente, debe estar bajo la administración de la atención y tener una o más afecciones crónicas que califiquen. • Complicaciones por insuficiencia cardíaca crónica (CHF) y se determinó que es un alto riesgo de hospitalización
Tarjeta Flexible de vivienda y servicios públicos	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 de alojamiento y ciertos servicios públicos (electricidad, gas, sanitarios, agua o telefónicos) después de una hospitalización elegible. Para ser elegible para recibir los beneficios mencionados anteriormente, debe participar activamente en la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway. Y una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican. Complicaciones de la prediabetes o la diabetes Hospitalización reciente por una enfermedad mental Hospitalización reciente por diabetes o una afección que empeoró debido a la prediabetes o la diabetes El dinero de los beneficios de Tarjeta Flexible sin usar vencerá al final del año. Nota: Si se determina que es elegible para el beneficio de alojamiento y vivienda, no recibirá una tarjeta de débito Visa® prepaga adicional por correo. El dinero de los beneficios de alojamiento y vivienda se agregará automáticamente a su tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa Tarjeta Flexible. Nota: La tarjeta Visa® prepaga es de marca compartida con OTC Network®. Esta tarjeta no puede utilizarse ni tiene relación con su beneficio de artículos de venta libre (OTC) ni puede asociarse con este. Consulte el cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4 de la EOC para conocer la cobertura del beneficio de artículos de venta libre (OTC) y los proveedores. Si cree que cumple con los criterios y no ha recibido la tarjeta Visa® prepaga de Tarjeta Flexible o desea obtener más información sobre este beneficio, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en el reverso de este folleto) o visite nuestro sitio web **healthchoicepathway.com.**

Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid

Puede comunicarse con el programa de Medicaid de su estado a través de la oficina de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

A una persona que tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan de Medicaid estatal se la denomina beneficiario con "elegibilidad doble". Como beneficiario con elegibilidad doble, sus servicios los paga primero Medicare y luego AHCCCS (Medicaid). Su cobertura de AHCCCS (Medicaid) varía de acuerdo con sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid) o el pago de algunos o la totalidad de sus costos compartidos de Medicare (primas, deducibles, coseguros o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), es posible que no sea responsable de ningún costo compartido de los servicios cubiertos por Medicare.

A continuación, se muestra una lista de categorías de cobertura de elegibilidad doble para los beneficiarios que pueden inscribirse en el plan de BCBSAZ Health Choice Pathway:

- **QMB-plus (o QMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga los montos de sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y es elegible para recibir los beneficios completos de Medicaid después de su cobertura de Medicare. Esto significa que si Medicare no cubre algo, pero Medicaid sí, Medicaid lo pagará (siempre que su proveedor se encuentre dentro de la red).
- **SLMB-plus (or SLMB+):** AHCCCS (Medicaid) paga sus primas de la Parte B de Medicare y también proporciona los beneficios completos de Medicaid después de su beneficio de Medicare.
- **Doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE):** En ocasiones, las personas pueden calificar para la cobertura limitada de los costos compartidos de Medicare, así como los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid).

Si usted es beneficiario de QMB o QMB-plus:

Tiene un costo compartido de $0, excepto los copagos por medicamentos recetados de la Parte D, siempre que permanezca como miembro QMB o QMB+.

Si usted es beneficiario de SLMB-plus o FBDE:

Es elegible para los beneficios completos de AHCCCS (Medicaid) y, en ocasiones, para el costo compartido limitado de Medicare. Como tal, su costo compartido es 0% o 20%*. Habitualmente, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y AHCCCS (Medicaid). Además, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios proporcionados por BCBSAZ Health Choice Pathway también presentan un costo compartido de $0. En ocasiones poco frecuentes, pagará el 20%* cuando un servicio o beneficio no está cubierto por AHCCCS (Medicaid).

Nota: Los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios tienen un costo compartido de $0.

Cambios en la elegibilidad:

Es importante leer y responder toda la correspondencia proveniente de la oficina de Medicaid estatal y del Seguro Social, y mantener la condición de su elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Periódicamente, según lo requerido por CMS, controlaremos la condición de su elegibilidad

para AHCCCS (Medicaid) así como su categoría de elegibilidad doble. Si la condición de su elegibilidad cambia, su costo compartido también puede cambiar del 0% al 20% o del 20% al 0%. Si pierde su cobertura de AHCCCS (Medicaid) por completo, se le dará un período de gracia para que pueda volver a solicitar cobertura de AHCCCS (Medicaid) y que se lo reincorpore si aún reúne las condiciones.

Si ya no reúne las condiciones para recibir AHCCCS (Medicaid), es posible que se cancele su inscripción del plan de forma involuntaria. La agencia de Medicaid de su estado le enviará una notificación sobre su pérdida de cobertura de AHCCCS (Medicaid) o el cambio en la categoría de AHCCCS (Medicaid).

También podemos comunicarnos con usted para recordarle que vuelva a solicitar cobertura de Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cuando cambie su dirección o su número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de AHCCCS (Medicaid), consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos de Medicaid de su estado para obtener información detallada completa sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de AHCCCS (Medicaid). En su estado, puede comunicarse con el programa de Medicaid de su estado a través de la oficina de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS).

*Se aplica un deducible anual para los servicios de la Parte B, y un coseguro del 20% (según corresponda), además de los montos de costos compartidos variables para los servicios de la Parte A cuando el monto del costo compartido del miembro no es del 0%.

Cómo leer el cuadro de beneficios de Medicaid

El cuadro a continuación muestra los servicios cubiertos por AHCCCS (Medicaid). El cuadro se aplica solamente si usted tiene derecho a recibir los beneficios del programa de Medicaid de su estado.

Su costo compartido varía según su categoría de AHCCCS (Medicaid).

Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el plan AHCCCS o visite el sitio web **www.azahcccs.gov** para obtener información adicional relacionada con los beneficios, los copagos y los costos compartidos de los beneficiarios.

Los programas de cuidado agudo de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), Acuerdos regionales de salud conductual de ACC (ACC-RBHA) y el Plan de salud integral del Departamento de seguridad infantil de Mercy Care (Mercy Care DCS CHP). Los programas de Medicaid de atención a largo plazo incluyen Ancianos y discapacitados físicos (E-PD) y la División de discapacidades del desarrollo (DDD).

Los montos de los copagos de la Parte D de Medicare son responsabilidad exclusiva del beneficiario. Los planes de salud de AHCCCS no pueden ayudar con el pago de estos montos, a excepción de los medicamentos de salud conductual para aquellos beneficiarios que se determine que tienen una enfermedad mental grave (SMI) usando fondos permitidos que no sean del Título XIX.

Cuadro de beneficios cubiertos por Medicaid		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Información importante		
Información sobre primas y otra información importante Si recibe Ayuda adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será inferior o podría no pagar nada.	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte los servicios de Atención de emergencia y Atención de urgencia necesaria.)	Debe ir a los médicos, especialistas y hospitales que aceptan la asignación de Medicaid. Derivación necesaria para los especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.	Debe ir a los médicos, especialistas y hospitales que aceptan la asignación de Medicaid. Derivación necesaria para los especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.
Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Copago de $0	Copago de $0
Hospitalización para atención de salud conductual para pacientes hospitalizados	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de centros de enfermería	Copago de $0	Copago de $0

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de $0	Copago de $0
Visita al centro de cirugía ambulatoria o al centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0 a $3 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de $0 para menores de 20 años.
Servicios cubiertos por Medicare, incluida la visita de atención quiropráctica, administración de casos crónicos/complejos, etc.	Copago de $0	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Servicios dentales de emergencia para adultos	Copago de $0 Para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de $0 Para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una visita al PCP)	Copago de $0	Copago de $0
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de $0	Copago de $0
Visitas al consultorio del médico: Visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y al médico especialista	Copago de $0	Copago de $0 para visitas de bienestar y de $0 a $4 para otras visitas según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de $0 para menores de 20 años.

Programa de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Servicios de atención ambulatoria (continuación)		
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de $0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.	Copago de $0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia.)	Copago de $0	Copago de $0
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones de ajuste para un audífono	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Audífonos	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.	Copago de $0 para menores de 0 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Servicio de salud a domicilio (como servicios de enfermería, asistente de salud a domicilio y terapia).	Copago de $0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.	Copago de $0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.
Visita de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0
Terapia ocupacional, fisioterapia/terapia del habla para pacientes ambulatorios	Copago de $0	Copago de $0 a $3 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de $0 para menores de 20 años.
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de podología	Copago de $0	Copago de $0

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Servicios de atención ambulatoria (continuación)		
Dispositivos protésicos (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Copago de $0	Copago de $0 Extremidades o articulaciones controladas por microprocesador de miembros inferiores sin cobertura para mayores de 21 años.
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	Copago de $0	Copago de $0
Servicios de urgencia necesarios	Copago de $0	Copago de $0 a $4 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de $0 para menores de 20 años
Servicios de la vista, examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y marcos	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años, a menos que sea después de una cirugía de cataratas.	Copago de $0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en etapa terminal	Copago de $0	Copago de $0
Servicios preventivos		
Servicios preventivos Que incluyen vacunas contra la gripe, COVID-19 y neumonía, mamografía de detección, prueba de Papanicolaou y examen pélvico, detección de cáncer de próstata y detección de cáncer colorrectal.	Copago de $0	Copago de $0

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	**Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:**
Beneficios de medicamentos recetados		
Medicamentos recetados	Copago de $0 Para medicamentos no elegibles para pago bajo la Parte D de Medicare.	Copago de $0 a $2.30 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de $0 para menores de 20 años. Para medicamentos no elegibles para pago bajo la Parte D de Medicare.
Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo		
Servicios de relevo	Copago de $0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de $0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Servicios de centros de enfermería	Costo compartido determinado por AHCCCS.	Costo compartido determinado por AHCCCS.
Servicios comunitarios y en el hogar	Contribución del miembro determinada por AHCCCS.	Contribución del miembro determinada por AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos. Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.	Copago de $0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de $0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de $1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

Glosario de términos

Autorización previa

Aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Ayuda adicional

Un programa estatal o de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

La agencia federal que administra Medicare.

Copago

Un monto que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria al hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro

Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados después de pagar los deducibles.

Costo compartido

El costo compartido se refiere al monto que el miembro debe pagar al recibir medicamentos o servicios. (Esto es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que el plan establezca antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exija que se pague al recibir servicios o medicamentos específicos; o (3) cualquier monto de "coseguro", que corresponde pagar como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio que el plan exige al recibir un medicamento o servicio específicos.

Deducible

El monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Medicaid (AHCCCS o Asistencia Médica)

Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si reúne los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid.

Medicare

El programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Monto máximo de bolsillo

El monto mayor que paga como costo de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los

10231159-22

Glosario de términos

medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo. 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. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo.)

Medicamentos de la Parte D

Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Original ("Medicare tradicional" o "Medicare de pago por servicio")

Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos de pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C

Consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D

El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Plan de necesidades especiales

Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan Medicare Advantage (MA)

A veces llamado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.

Prima

El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica por cobertura médica o medicamentos recetados.

Notice of Non-Discrimination

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, 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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
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

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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
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'íís baa'áhayą́ doodago azee' aanídaa'niłí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąąh na'ídikid nee hóló̧gо da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíík'eh nihee hóló̧. Ata' halne'í ła' yíníkeedg kohjį' **1-800-656-8991** nihich'į' hodíilnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáłti'ígíí ła' niká'iilyeed dooleeł. Díí t'áá jiik'eh bee niká'iilyeed dooleeł.

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 quí vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí 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

BlueCross BlueShield Arizona
An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association
Health Choice

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

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ございます。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

1023159-22