



Health Choice Pathway
(HMO D-SNP)

2021 Aviso Anual de Cambios

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 Pathway HMO D-SNP ofrecido por Health Choice Arizona, Inc.

Aviso anual de cambios para 2021

En la actualidad, usted está inscrito como miembro de Health Choice Generations. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *En este folleto se le informan los cambios.*

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.
 - Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Los cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en nuestra cobertura de medicamentos recetados que figuran en el folleto para saber si le afectan.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Sus medicamentos se encuentran en un nivel diferente, con otro costo compartido?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene nuevas restricciones, por ejemplo, necesita nuestra aprobación antes de surtir la receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo de utilizar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos de 2021 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que puedan estar disponibles para usted. Esto puede implicar un ahorro en los costos de bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos, visite [go.medicare.gov/drugprices](https://www.go.medicare.gov/drugprices). Estos paneles informativos destacan qué fabricantes han aumentado sus precios y también incluyen otra información sobre los precios de los medicamentos año tras año. Recuerde que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que visita regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Y los hospitales y otros proveedores que utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores.

- Piense en sus costos de atención médica generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y los medicamentos recetados que utiliza regularmente?
 - ¿Cuánto gastará en la prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense 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 la función de búsqueda personalizada en Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- Una vez que limite su elección a un plan preferido, 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 2020, estará inscrito en Health Choice Pathway.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la sección 3.2, página <19>, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Para cambiar de plan, inscríbase en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, estará inscrito en Health Choice Pathway.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin cargo en español. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al <(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 un idioma distinto 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.

Información sobre Health Choice Pathway

- Health Choice Pathway HMO D-SNP es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en 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 folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Health Choice Arizona, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Health Choice Pathway.

Resumen de costos importantes para 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y los costos de 2021 para Health Choice Pathway en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por su deducible, visitas al consultorio del médico y hospitalizaciones.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan*</p> <p>* La prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada.</p>	<p>\$0 – \$28.10 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>	<p>\$0 – \$<30.70> basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Deducible</p>	<p>\$0 o \$198.</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>\$0 o \$203</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico</p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% del costo por visita</p> <p>Visitas al especialista: Copago de \$0 o 20% del costo por visita</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.</p>	<p>Visitas de atención primaria: Copago de \$0 o 20% del costo por visita</p> <p>Visitas al especialista: Copago de \$0 o 20% del costo por visita</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0 por visita.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Hospitalizaciones Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior al alta médica es su último día como paciente internado.</p>	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$371 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$742 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D

(Consulte la Sección 2.6 para obtener información detallada).

Deducible: \$0 u \$89

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Si su deducible es \$89: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$89 por sus medicamentos.

Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$435.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$1.30 o
- Copago de \$3.60 o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$3.90 o
- Copago de \$8.95 o
- 15%

Deducible: \$0 o \$92

Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, el monto de su deducible será \$0 o \$92, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba. Si su deducible es \$92: Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que haya pagado \$92 por sus medicamentos.

Si no recibe “Ayuda adicional”, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible del plan de \$445.

Copago/coseguro durante la etapa de cobertura inicial:

Medicamentos genéricos/preferidos de varios proveedores, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$1.30 o
- Copago de \$3.70 o
- 15%

Todos los demás medicamentos, por receta, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba o su estado institucional:

- Copago de \$0 o
- Copago de \$4.00 o
- Copago de \$9.20 o
- 15%

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.	Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener información detallada.)</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$7,550</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

Aviso anual de cambios para 2021

Índice

Resumen de costos importantes para 2021	1
SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan	7
SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....	7
Sección 2.1: Cambios en la prima mensual	7
Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo.....	7
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores	8
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias	9
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	9
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D	16
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	19
Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en Health Choice Pathway	19
Sección 3.2: Si desea cambiar de plan	19
SECCIÓN 4 Cómo cambiar de plan	20
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid).....	20
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	21
SECCIÓN 7 ¿Tiene preguntas?	21
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda de Health Choice Pathway	21
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	22
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda del AHCCCS (Medicaid).....	22

SECCIÓN 1 Cambio en el nombre del plan

El 1 de enero de 2021, el nombre de nuestro plan cambiará de Health Choice Generations a Health Choice Pathway. Health Choice Pathway es una afiliada de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Health Choice Pathway le enviará por correo una nueva tarjeta de identificación. Use esta tarjeta de identificación para demostrar a sus proveedores de atención médica que usted es miembro de Health Choice Pathway. Asegúrese de proteger su tarjeta de identificación y de llevarla con usted en todo momento.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

Sección 2.1: Cambios en la prima mensual

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Prima mensual (También debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que AHCCCS (Medicaid) la pague por usted).	\$0 - \$28.10 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	\$0 - <\$30.70> basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).

Sección 2.2: Cambios en el monto máximo de bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted debe pagar de su bolsillo durante el año. Este límite se llama “monto máximo de bolsillo”. Una vez que alcanza este monto, generalmente no debe pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Monto máximo de bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de bolsillo. Si es elegible para recibir asistencia de AHCCCS (Medicaid) con los copagos y deducibles de la Parte A y la Parte B, usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar el monto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus gastos por servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo. La prima de su plan y los costos de los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de bolsillo.</p>	\$6,700	<p>\$7,550</p> <p>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.</p>

Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Un Directorio de proveedores actualizado se encuentra en nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2021 para saber si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de su plan en el transcurso del año. Existen varias razones por las cuales su proveedor podría abandonar su plan, pero si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Intentaremos de buena fe notificarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor se retirará del plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga administrando sus necesidades de atención médica.
- Si le están realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y nosotros colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si considera que no hemos puesto a su disposición un proveedor calificado en reemplazo del proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada de manera adecuada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista se retirará de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su atención.

Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias

Es posible que los montos que paga por los medicamentos recetados dependan de la farmacia que utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, las recetas están cubiertas *solo* si las surte en alguna de las farmacias de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Un Directorio de farmacias actualizado se encuentra en nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o para solicitar que le enviemos por correo un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2021 para saber qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5: Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

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

Nosotros cambiaremos nuestra cobertura para determinados servicios médicos el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios (qué servicios están cubiertos y qué debe pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2021*. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Deducible	<p>\$0 o \$198</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>\$0 o \$203</p> <p>Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
Anteojos	<p>Copago de \$0</p> <p>Asignación de beneficio máximo de \$300 para un par de anteojos cada año. (lentes, lentes de contacto y monturas.)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Asignación de beneficio máximo de \$350 para anteojos ilimitados cada año. (lentes, lentes de contacto y monturas.)</p>
Audición: Audífonos y ajuste de audífonos (Beneficio complementario)	<p>Copago de \$0</p> <p>Asignación de beneficio máximo de \$1500 cada 3 años para audífonos, por oído.</p> <p>Copago de \$0 para un ajuste de audífonos cada 3 años.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Asignación de beneficio máximo de \$1500 cada año para audífonos; ambos oídos combinados.</p> <p>Copago de \$0 para ajuste de audífonos una vez al año.</p>
Hospitalizaciones	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.</p>	<p>Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$371 por día de cada período de beneficios.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$742 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
Hospitalización psiquiátrica	<p>Deducible de \$1,408 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$352 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$704 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>	<p>Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 1 a 60: Coseguro de \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 61 a 90: Coseguro de \$371 por día de cada período de beneficios.</p> <p>Día 91 en adelante: Coseguro de \$742 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
Servicios de educación sobre la enfermedad renal	<p>Copago de \$0 o 20% de coseguro</p>	<p>Copago de \$0</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Beneficio de comidas (Beneficio complementario)	Copago de \$0 10 comidas una vez por año calendario, durante 5 días inmediatamente después de una hospitalización aguda	Copago de \$0 Hasta 28 comidas por ingreso al hospital, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 14 días, inmediatamente después de una hospitalización aguda Hasta 14 comidas, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 7 días, para miembros en riesgo de hospitalización, servicios de emergencia y que tengan complicaciones con las siguientes condiciones: insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y diabetes.
Otros servicios preventivos cubiertos por Medicare <ul style="list-style-type: none"> • Detección de glaucoma • Capacitación para el automanejo de la diabetes • Enemas de bario • Exámenes rectales digitales • ECG después de la visita de bienvenida 	Copago de \$0 o 20% de coseguro	Copago de \$0
Artículos de venta libre (OTC) (Beneficio complementario)	Copago de \$0 Asignación de \$150 cada 3 meses El monto no se transfiere	Copago de \$0 Asignación de \$260 cada 3 meses El monto no se transfiere

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Podología: Atención de rutina de los pies (Beneficio complementario)</p>	<p>Copago de \$0 por visita 12 visitas por año</p>	<p>Sin cobertura</p>
<p>Centro de enfermería especializada (SNF)</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: \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: coseguro de \$176 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 al 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: \$0 por cada período de beneficios.</p> <p>Días 21 a 100: coseguro de \$185.50 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas (SSBCI)</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios incluyen: Beneficios complementarios especiales para las siguientes afecciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de las arterias coronarias con diabetes • Cáncer activo • Insuficiencia renal después de un trasplante <p>Los servicios incluyen: Asistencia en la realización de actividades de la vida diaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descanso para los cuidadores 	<p>Copago de \$0</p> <p>Los servicios incluyen: Beneficios complementarios especiales para las siguientes afecciones crónicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de la insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Diabetes con complicaciones • Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) <p>Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • Compañía • Ayuda para bañarse y ducharse • Ayuda para vestirse y arreglarse • Trabajo doméstico ligero (limpieza, lavandería, vajilla) • Transporte para los recados • Transporte para las citas médicas • Preparación de las comidas • Recordatorios de medicamentos • Servicios de telemonitorización <p>Además, ofrecemos llamadas semanales para verificar su bienestar. Todo sin costo alguno.</p> <p>Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia. Total de 8 horas por mes (turnos de 2 horas semanales o turnos de 4 horas bimensuales).</p>	<p>plan de atención desarrollado con el miembro y su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 le monitoreen sin tener que realizar citas cara a cara. • 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.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Servicios adicionales de telesalud	Sin cobertura	<p>Copago de \$0</p> <p>Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proveedor de atención primaria • Servicios de especialistas • Sesiones individuales para la especialidad de salud mental • Sesiones individuales para servicios psiquiátricos • Servicios del programa de tratamiento con opioides • Otro profesional de la salud • Servicios de urgencia necesarios <p>Las visitas médicas virtuales son visitas médicas brindadas a usted fuera de los centros médicos por proveedores virtuales que utilizan tecnología en línea y servicios de audio/video en vivo.</p> <p>Visite www.HealthChoicePathway.com para acceder a visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Nota: No todas las afecciones médicas pueden tratarse mediante visitas virtuales. El médico de la visita virtual identificará si usted necesita ver a un médico en persona para recibir tratamiento. Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.</p>

Sección 2.6: 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”. Una copia de la Lista de medicamentos se entrega en formato electrónico.

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.**

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de los medicamentos, puede hacer lo siguiente:

- **Trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Alentamos a los miembros actuales** a solicitar una excepción antes del próximo año.
 - Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a Servicios para Miembros.
- **Trabajar con su médico (o prescriptor) para buscar otro medicamento** que sí esté cubierto. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección.

En algunas situaciones, estamos obligados a cubrir un suministro temporal de un medicamento no incluido en el formulario en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de membresía para evitar una interrupción en la terapia. (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo debe solicitarlo, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2, de la *Evidencia de cobertura*). En el transcurso del período en el que reciba el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para determinar qué hará cuando el suministro se acabe. Puede cambiar de medicamento y utilizar otro cubierto por el plan, o bien, solicitar al plan que haga una excepción para usted y cubra su medicamento actual.

Las excepciones actuales al formulario aprobado se cumplirán hasta la fecha comunicada en su carta de aprobación. Si planea continuar utilizando su medicamento más allá de esa fecha, le alentamos a que se comunique con nosotros para enviar otra solicitud de excepción al formulario antes de que venza su aprobación actual. Trabajaremos con su médico para obtener la información necesaria para revisar su solicitud y renovar la excepción.

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.

Cuando realicemos estos cambios en la Lista de medicamentos en el transcurso del año, aún puede trabajar con su médico (u otro prescriptor) y solicitar que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo programado y suministrando otra información requerida para reflejar los cambios en los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que podríamos efectuar en la Lista de medicamentos, consulte el Capítulo 5, Sección 6, de la Evidencia de cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplica a usted.** Le 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. Debido a que recibe “Ayuda adicional” y no ha recibido este documento antes del 30 de septiembre de 2020, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula de LIS”.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. El monto que debe pagar por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2, de su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La información a continuación muestra los cambios para el próximo año 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. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la etapa de deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual</p> <p>En esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya alcanzado el deducible anual.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 u \$89, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>	<p>El monto de su deducible es \$0 o \$92, según el nivel de “Ayuda adicional” que reciba.</p>

Cambios en sus costos compartidos en la etapa de cobertura inicial

Para aprender cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos*, en su *Evidencia de cobertura*.

Etapa	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</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 de sus medicamentos y usted paga la suya.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos: Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 • \$1.30 o • \$3.60 o • 15% <p>Todos los demás medicamentos: Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • Copago de \$3.90 o • Copago de \$8.95 o • 15% <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p> <hr/>	<p>Su costo por un suministro para un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Medicamentos genéricos y medicamentos tratados como genéricos: Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 • \$1.30 o • \$3.70 o • 15% <p>Todos los demás medicamentos: Según su nivel de “Ayuda adicional” o estado institucional, usted paga</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 o • Copago de \$4.00 o • Copago de \$9.20 o • 15% <p>Si no recibe “Ayuda adicional”, pagará un coseguro del 25% por sus medicamentos recetados.</p> <hr/>
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (continuación)</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 su <i>Evidencia de cobertura.</i></p>	<p>Una vez que haya pagado \$6,350 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>	<p>Una vez que haya pagado \$6,550 de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la etapa de cobertura catastrófica).</p>

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

La etapa de falta de cobertura y la etapa de cobertura catastrófica son otras dos etapas de la cobertura de medicamentos para las personas con costos elevados en medicamentos. **La mayoría de los miembros no alcanzan ninguna de estas dos etapas.**

Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte el *Resumen de beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, en su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1: Si desea seguir inscrito en 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 Health Choice Pathway.

Sección 3.2: Si desea cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro el próximo año, pero si desea cambiar para 2021, 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 distintos tipos de planes de Medicare, lea el manual *Medicare & You 2021 (Medicare y Usted 2021)*, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área con la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones sobre la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie de cobertura

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en 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 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 (los números de teléfono figuran en la Sección 6.1 de este folleto).
 - – 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 próximo año, puede hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

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

Si usted se inscribió en un plan de Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 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 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3, de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se denomina Programa de Asistencia sobre Seguro Médico de Arizona (SHIP de Arizona).

El SHIP de Arizona es independiente (no está vinculado a ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento **gratuito** sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen 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 el cambio de plan. Puede llamar al SHIP de Arizona al <1-800-432-4040.> Puede obtener más

información al visitar su sitio web <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>. Si tiene preguntas sobre sus beneficios del AHCCCS (Medicaid), llame 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 del AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que tiene el AHCCCS (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 usted reúne los requisitos, no hay un período sin cobertura ni debe pagar una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la ayuda adicional, llame a alguno de los siguientes números:
 - 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 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - 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 en el estado y estado respecto al 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 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 su *Evidencia de cobertura de 2021* (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 sus beneficios y costos para 2021. Para obtener información detallada, consulte la *Evidencia de cobertura de 2021* de Health Choice Pathway. La *Evidencia de cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. En ella se explican sus derechos y las normas que debe seguir para recibir los servicios y los medicamentos recetados cubiertos. Una copia de la *Evidencia de cobertura* se encuentra en nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar que le enviemos por correo una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web.

También puede visitar nuestro sitio web www.HealthChoicePathway.com. Recuerde que nuestro sitio web contiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos).

Sección 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.

Puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Contiene información sobre costos, cobertura y calificaciones sobre la calidad para ayudarle a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área con la función Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare).

Lea el manual *Medicare & You 2021* (*Medicare y Usted 2021*).

Puede leer el manual *Medicare & You 2021* (*Medicare y Usted 2021*). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov) 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 del AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información del AHCCCS (Medicaid) puede llamar al 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.

Aviso de No Discriminación



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

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. Health Choice Pathway no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Health Choice Pathway:

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

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

Health Choice Pathway

Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900

Phoenix, AZ 85008

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@HealthChoiceAZ.com

Si considera que Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

Health Choice Pathway

Dirección: 410 N. 44th Street, Ste. 900

Phoenix, AZ 85008

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@HealthChoiceAZ.com

Puede presentar una queja formal personalmente o 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, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway es una afiliada de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Multi-Language Interpreter Services



as required by Section 1557 of the Affordable Care Act

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-656-8991 (TTY: 711)**, 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week.

ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística sin cargo. Llame al **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

注意：日本語を話される場合、無料で言語支援サービスをご利用いただけます。次の番号までお電話してください：**1-800-656-8991 (TTY: 711)**

Bilagáana bizaad doo bee yáníłti' dago dóo saad nááná ła' bee yáníłti'go, saad bee ata' hane', t'áá níík'eh, ná bee ahóót'i'. Kojí' hodíłnih **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ATENÇÃO: se você fala português brasileiro, oferecemos serviços gratuitos de assistência para idiomas. Ligue para **1-800-656-8991 (TDD: 711)**.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói [Tiếng Việt], chúng tôi sẽ cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Hãy gọi số **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تتوفر لديك خدمات المساعدة اللغوية، مجاناً. اتصل على **1-800-656-8991 (هاتف نصي: 711)**.

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang, gratis, disponib pou ou. Rele **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, steht Ihnen ein kostenloser Fremdsprachenservice zur Verfügung. Rufen Sie **1-800-656-8991 (TTY: 711)** an.

ΠΡΟΣΟΧΗ: εάν μιλάτε Ελληνικά, μπορείτε να λάβετε δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Καλέστε τον αριθμό **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

સૂચના: જો તમે બોલતા હોવ, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સંપર્ક **1-800-656-8991 (TTY: 711)**.

ध्यान दें: यदि आप हन्दी बोलते हैं, तो आपके लिये भाषा सहायता सेवाएं नःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-800-656-8991 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Departamento de Servicios para Miembros:

1-800-656-8991 | TTY 711

Los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Visite nuestro sitio web en:

www.HealthChoicePathway.com

 Danos “Me Gusta” en Facebook -
Health Choice Pathway

 “Síguenos” en Twitter -
HealthChoiceSNP

