



Health Choice Pathway
(HMO D-SNP)

2021 Resumen de beneficios

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)

Resumen de beneficios

1 de enero de 2021 – 31 de diciembre de 2021

Información Sobre Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Cómo ponerse en contacto con nosotros:

Puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 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:
www.HealthChoicePathway.com

Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la 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 por la Parte D. Puede consultar el directorio de farmacias y proveedores de nuestro plan en nuestro sitio web **www.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 una "Evidencia de cobertura". Puede acceder a nuestra EOC en nuestro sitio web **www.HealthChoicePathway.com**.

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en 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 **www.HealthChoicePathway.com** o llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de la 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: **www.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 una notificación cuando sea necesario.

Tiene opciones sobre cómo recibir 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 los beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como 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 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 la función Medicare Plan Finder (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 folleto 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**.

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.

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

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 Health Choice Pathway 2021

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 con el costo compartido de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

Primas, Deducibles y Límites Mensuales

Prima mensual del plan de salud	\$0 - \$30.70 basado en su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Deducible	\$0 o \$203. \$0 o \$92 por año para medicamentos recetados de la Parte D. Si es elegible para recibir asistencia de costos compartidos de Medicare conforme al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (esto no incluye medicamentos recetados)	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en Health Choice Pathway (su monto máximo de bolsillo) es \$7,550. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo de bolsillo completo, pagaremos todos los servicios de la Parte A y Parte B durante el resto del año.

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Cobertura De Hospitalización

Puede requerirse autorización previa

Los copagos para beneficios hospitalarios y de centros 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 un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período 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 utilizado esos 60 días adicionales, su cobertura por hospitalización se limitará a 90 días.

Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:

Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios

Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios

Días 61 a 90: coseguro de \$371 por día de cada período de beneficios

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).

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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Cobertura de Atención Ambulatoria en Hospital

Atención ambulatoria en hospital	Copago de \$0 o 20% del costo
---	-------------------------------

Puede requerirse autorización previa

Servicios de observación ambulatoria en hospital	Copago de \$0 o 20% del costo
---	-------------------------------

Puede requerirse autorización previa

Centro de cirugía ambulatoria	Copago de \$0 o 20% del costo
--------------------------------------	-------------------------------

Visitas al Médico

Atención primaria	Copago de \$0 o 20% del costo
--------------------------	-------------------------------

Especialistas	Copago de \$0 o 20% del costo
----------------------	-------------------------------

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

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 glaucoma	
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 colorrectal	
Detección del cáncer de próstata	
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 (incluyen examen mamario clínico)	
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	
Terapia de nutrición médica	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la gripe	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B	
Vacuna y administración de la vacuna neumocócica	
Visita de bienestar anual	

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Atención de Emergencia

Atención de emergencia

Copago de \$0 o 20% del costo hasta \$90 por las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.

Servicios de Urgencia Necesarios

Atención de urgencia

Copago de \$0 o 20% del costo hasta \$65 por los servicios de urgencia necesarios cubiertos por Medicare.

Servicios de Diagnóstico/Análisis de Laboratorio/Servicios de Laboratorio de Imágenes

Pruebas de diagnóstico y procedimientos

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Servicios de laboratorio

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0

Radiología diagnóstica (p. ej., IRM, TC)

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Radiografías ambulatorias

Copago de \$0 o 20% del costo

Radiología terapéutica

Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Servicios de Audición

Exámenes diagnósticos 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% del costo

Examen de audición de rutina

(Beneficio complementario)

Copago de \$0

Un examen por año

Ajuste de audífono y audífono

(Beneficio complementario)

Copago de \$0

Asignación de beneficio máximo de \$1,500 cada año para audífonos; ambos oídos combinados.

Copago de \$0 para ajuste de audífonos una vez al año

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 por atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales de emergencia o complejos, incluso si la atención dental no está cubierta.

Copago de \$0 o 20% del costo

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Servicios Dentales

Servicios dentales preventivos e integrales (Beneficio complementario)

Copago de \$0

Asignación máxima de beneficios de \$3,000 por año calendario por todos los servicios dentales combinados.

Servicios preventivos:

Dos exámenes bucales por año

Un tratamiento con flúor por año.

Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año, una vez cada seis meses.

Dos radiografías por año, las cuales pueden consistir en:

Una radiografía interproximal o radiografía simple

O

Una radiografía completa de toda la boca (fmx) o panorámica. Solo se permite una radiografía completa/panorámica cada 36 meses.

El examen y la limpieza deben realizarse en la misma visita preventiva al consultorio.

Servicios integrales:

Incluyen servicios de diagnóstico que no son de rutina, servicios reconstructivos y endodoncia/periodoncia/extracciones.

Dentaduras postizas cubiertas una vez cada 5 años. Ajustes hasta 4 por año.

Se requiere autorización previa para las dentaduras postizas.

Servicios de la Visión

Examen de la visión cubierto por Medicare para diagnosticar/tratar las enfermedades oculares (incluida la prueba de detección anual de glaucoma)

Copago de \$0 o 20% del costo

Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas

Examen ocular 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 \$350 cada año para anteojos ilimitados

- Lentes de contacto
- Anteojos (marcos y lentes)

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Servicios de Salud Mental

Hospitalización psiquiátrica

Puede requerirse 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 hospitalarios y de centros 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 un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período 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 utilizado esos 60 días adicionales, su cobertura por hospitalización se limitará a 90 días.

Según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid), usted puede pagar:

Deducible de \$1,484 por cada período de beneficios

Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios

Días 61 a 90: coseguro de \$371 por día de cada período de beneficios

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).

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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

Visita de terapia individual/ grupal ambulatoria

- Servicio de especialidad de salud mental
- Servicios psiquiátricos
- Abuso de sustancias

\$0 o 20% del costo

Beneficios Médicos y de Hospital Cubiertos

Centro de Enfermería Especializada

Puede requerirse 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: \$0 por cada período de beneficios.
Días 21 a 100: coseguro de \$185.50 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 al AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0.

Rehabilitación Ambulatoria

Servicios de fisioterapia y terapia del habla Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
--	----------------------------------

Rehabilitación cardíaca y pulmonar Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
---	----------------------------------

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 período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
--	----------------------------------

Servicios de terapia ocupacional Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
---	----------------------------------

Ambulancia

Se requiere autorización previa para ambulancia no emergente solamente.	Copago de \$0 o 20% de coseguro por vía terrestre Copago de \$0 o 20% de coseguro por vía aérea
---	--

Transporte

Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none">• Recojo hacia o desde ubicaciones aprobadas por el plan, limitado a los beneficios complementarios cubiertos, no cubierto por Medicaid.• Servicio de puerta a puerta.• Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud.• Cada viaje de ida no debe exceder las 50 millas. Un viaje se considera una ida, un viaje de ida y vuelta se considera dos viajes.	Copago de \$0 24 viajes de ida cada año hacia o desde una ubicación aprobada
--	---

Los servicios cubiertos no incluyen:

- Transporte en ambulancia.

Beneficios de Medicamentos Recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de quimioterapia Copago de \$0 o 20% del costo
Puede requerirse autorización previa

Otros medicamentos de la Parte B Copago de \$0 o 20% del costo
Puede requerirse autorización previa

Medicamentos de la Parte B: Terapia escalonada La terapia escalonada está cubierta para:
Medicamentos de la Parte B a
Medicamentos de la Parte B y
Medicamentos de la Parte D a
Medicamentos de la Parte B

Medicamentos de la Parte D de Medicare

Cubierto por Medicare solamente

Hay “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de conformidad con 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:

Etapas de cobertura inicial: En esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Su deducible anual es \$0 o \$92. 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)	Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días)	Estos montos de copago corresponden solo a las farmacias dentro de la red. Los montos y las etapas indicados se basan en la elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS) también conocido como “ayuda adicional”. Si pierde su elegibilidad para LIS, sus etapas y el monto que paga cambiarán conforme a los niveles de Medicare original. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas o de pedido por correo dentro de la red. Puede obtener un suministro para 100 días de su receta (si corresponde a su medicamento). El surtido de medicamentos por menos de 30 días tendrá un copago prorrateado según la cantidad de días correspondientes al surtido. El 1/1/2022, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.
Miembros institucionalizados	\$0	\$0	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel de pobreza federal (FPL) de hasta el 100%	\$1.30	\$4.00	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un FPL superior al 100%	\$3.70	\$9.20	
Miembros QMB/QMB+/ SLMB+ con un FPL en o inferior a 135	\$3.70	\$9.20	
FPL <150%	15% de coseguro	15% de coseguro	
<p>Por lo general, permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha alcanza los \$6,550. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica.</p> <p>Etapas de cobertura catastrófica: En esta etapa, Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2021.</p>			

Beneficios Adicionales Cubiertos

Servicios Para Tratar la Enfermedad Renal

- | | |
|--|-------------------------------|
| • Servicios de educación sobre la enfermedad renal | Copago de \$0 |
| • Servicios de diálisis | Copago de \$0 o 20% del costo |
| • Equipo y suministros para diálisis en el hogar | |

Servicios de Quiropráctica

- | | |
|--|-------------------------------|
| Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando 1 o más de los huesos de su columna vertebral se salen de su posición) Puede requerirse autorización previa | Copago de \$0 o 20% del costo |
|--|-------------------------------|

Atención Médica A Domicilio

- | | |
|--------------------------------------|---------------|
| Puede requerirse autorización previa | Copago de \$0 |
|--------------------------------------|---------------|

Servicios de Sangre Ambulatorios

Copago de \$0 o 20% del costo

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 | Copago de \$0 o 20% del costo |
| • Asesoramiento sobre el uso de sustancias | |
| • Terapia individual y grupal | |
| • Prueba toxicológica | |

Atención 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 diabetes o si reúne las condiciones. Puede requerirse autorización previa | Copago de \$0 o 20 % del costo |
|--|--------------------------------|

Equipo/Suministros Médicos

- | | |
|---|-------------------------------|
| Equipo médico duradero (DME) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)
Puede requerirse autorización previa | Copago de \$0 o 20% del costo |
|---|-------------------------------|

- | | |
|---|-------------------------------|
| Prótesis/suministros médicos
Puede requerirse autorización previa | Copago de \$0 o 20% del costo |
|---|-------------------------------|

- | | |
|---|-------------------------------|
| Suministros y servicios para diabéticos
La autorización previa se aplica solo a las bombas de insulina y no a los suministros regulares (lancetas, tiras) | Copago de \$0 o 20% del costo |
|---|-------------------------------|

Beneficios Complementarios Adicionales

- | | |
|---|---|
| Las compras trimestrales de productos de venta libre (OTC)
se realizan a través del catálogo de OTC o en la tienda. | Copago de \$0 para asignaciones de \$260 cada 3 meses.

No se transfiere el monto no utilizado. |
|---|---|

Beneficios Complementarios Adicionales

Beneficio de comidas Puede requerirse autorización previa	<p>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</p> <p>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.</p>
Membresía de acondicionamiento físico	<p>Copago de \$0 para acondicionamiento físico, acondicionamiento de la memoria, rastreador de actividad</p> <p>Membresía del centro de acondicionamiento físico Puede ir a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit®, YMCA o centro de ejercicio cerca de usted que forme parte del programa, o el programa de acondicionamiento físico para el hogar. Puede elegir entre una variedad de kits de acondicionamiento físico para el hogar si no puede ir a un centro de acondicionamiento físico o si desea hacer ejercicio en casa. Puede obtener hasta 2 kits cada año de beneficios.</p> <p>Como miembro, también puede tener acceso a clases de bajo impacto (cuando estén disponibles) que se centran en mejorar y aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación, clases de envejecimiento saludable (en línea o DVD), videos de ejercicios de transmisión virtual, un boletín trimestral, herramientas web y la aplicación móvil ASHConnect.</p>
Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas	<p>Copago de \$0 por servicios de telemonitorización y tecnologías de acceso remoto, incluidas tecnologías basadas en la web/teléfono y la línea directa de enfermería.</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 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.

Beneficios Complementarios Adicionales

Línea de consejos 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

Telesalud

Copago de \$0

Copago de \$0

Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:

- 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

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.

Visite **www.HealthChoicePathway.com** para acceder a visitas virtuales

las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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.

Resumen de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

Puede ponerse en contacto 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 Medicaid. Su cobertura de Medicaid varía de acuerdo con sus ingresos, recursos y otros factores. Los beneficios pueden incluir los beneficios completos de Medicaid o el pago de algunos de sus costos compartidos de Medicare o todos (primas, deducibles, coseguros o copagos). De acuerdo con su nivel de elegibilidad para 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 Health Choice Pathway:

- **QMB-plus (o QMB+):** 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 (o SLMB+):** 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 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 Medicaid y, en ocasiones, para el costo compartido limitado de Medicare. Como tal, su costo compartido es del 0% o el 20%*. Habitualmente, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Asimismo, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios complementarios suministrados por 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 Medicaid (consulte el cuadro a continuación).

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 su condición de elegibilidad de Medicaid.

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

Medicaid por completo, se le dará un período de gracia para que pueda volver a solicitar cobertura de Medicaid y que se lo reincorpore si aún reúne las condiciones.

Si ya no reúne las condiciones para recibir 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 Medicaid o el cambio en la categoría de Medicaid. También podemos contactarlo para recordarle que vuelva a presentar la solicitud 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 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 Medicaid. En su estado, puede

ponerse en contacto con el programa de Medicaid 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 Medicare y Medicaid. Podrá ver la palabra “Cubierto” en la columna Medicaid si Medicaid también cubre un servicio que está cubierto por el plan de Health Choice Pathway. 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 Medicaid.

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid		
	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
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.	\$0 - \$30.70	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para Medicaid.
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte Atención de emergencia y Atención de urgencia necesaria).	Dentro de la red: debe ir a los médicos, especialistas y hospitales de la red.	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.

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
Servicios de Atención Ambulatoria		
Acupuntura	<p>Cubierto</p> <p>Cobertura para hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días para dolor lumbar crónico. El dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un dolor que dura 12 semanas o más • Una afección que no tiene una causa sistémica identificable (no asociada con enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa) • Un dolor que no está asociado con la cirugía ni el embarazo <p>Se cubrirán 8 sesiones adicionales si muestra mejoría. Si su médico decide que su dolor lumbar crónico no está mejorando o está empeorando, entonces Medicare no cubrirá sus tratamientos. No se pueden brindar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p>	<p>No cubierto</p>
Artículos de venta libre	<p>Cubierto</p>	<p>Cubierto</p> <p>Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.</p> <p>AHCCCS puede cubrir algunos medicamentos de venta libre, consulte la lista de medicamentos de venta libre de Health Choice Arizona para ver productos disponibles en nuestro sitio web www.HealthChoiceAZ.com o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa.</p>
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias	<p>Cubierto</p>	<p>Cubierto</p> <p>Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.</p>

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
Servicios de Atención Ambulatoria		
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia).	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención de salud mental ambulatoria	Cubierto	Cubierto – Servicios de salud del comportamiento
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Cubierto	AHCCCS cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y medicamento necesarios; dispositivos ortopédicos y dispositivos protésicos. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Programas y suministros para la diabetes	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Prótesis (Incluye ortesis, prótesis ortopédica y prótesis ocular, etc.)	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicio de salud a domicilio (Incluye atención de enfermería especializada intermitente médicamente necesaria, servicios de atención médica a domicilio y servicios de rehabilitación, etc.)	Cubierto	Cubierto - Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Servicio de transporte en ambulancia por vía terrestre y aérea.	Servicios de transporte en ambulancia por vía terrestre y aérea, dentro de ciertas limitaciones, para la mayoría de los beneficiarios. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
Servicios de Atención Ambulatoria		
Servicios de audición	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de la visión	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de podología	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de quiropráctica	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados menores de 21 años. Si tiene menos de 21 años, revise el sitio web de AHCCCS o consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de transporte	Cubierto	Viajes al médico cubiertos.
Servicios de urgencia necesarios	Cubierto	Cubierto
Servicios dentales	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
Servicios de Atención Ambulatoria		
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención Hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (Incluye servicios de rehabilitación y de abuso de sustancias)	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de enfermería especializada autorizado por Medicare)	Cubierto	AHCCCS cubre los servicios médicamente necesarios en el centro de enfermería. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios Preventivos		
Enfermedad y afecciones renales	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios preventivos que incluyen vacunas contra la gripe y la neumonía, mamografía de detección, prueba de Papanicolaou y examen pélvico, detección de cáncer de próstata y detección de cáncer colorrectal.	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Cuidados Paliativos		
Cuidados paliativos	Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare original, fuera de nuestro plan. No paga nada por los cuidados paliativos de cualquier cuidado paliativo aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo.	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (Plan Estatal De Medicaid)
Beneficios de Medicamentos Recetados		
Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Para los miembros que tienen derecho a recibir la totalidad de los beneficios conforme a Medicaid, a continuación, se enumeran beneficios adicionales a los que pueden tener derecho. Los siguientes son beneficios adicionales de Medicaid cubiertos por el programa de Medicaid de su estado pero pueden no estar cubiertos por el plan de **Health Choice Pathway**:

Beneficios Adicionales de Medicaid

Beneficios	Cobertura De Medicaid
Servicios comunitarios y en el hogar	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para personas elegibles. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de intérprete para visitas médicas	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.
Servicios de atención a largo plazo	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para personas elegibles. Consulte el plan de AHCCCS para obtener más información.

Notice of Non-Discrimination



In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act

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. Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Choice Pathway:

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

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

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

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

Health Choice Pathway
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@HealthChoiceAZ.com

If you believe that Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by mail, fax, or email to:

Health Choice Pathway
Address: 410 N. 44th Street, Ste. 900
Phoenix, AZ 85008
Phone: 1-800-656-8991
Fax: 480-760-4739
TTY: 711
Email: HCH.GrievanceForms@HealthChoiceAZ.com

You can file a grievance in person or 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, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Health Choice Pathway is an affiliate of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

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 yánílti' dago dóo saad náána ła' bee yánílti'go, saad bee ata' hane', t'áa níik'eh, ná bee ahóót'i'. Koji' hodílnih **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 हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए 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

