

2024

Resumen de Beneficios



BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP)



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



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

**Health
Choice**

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

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

1 de enero de 2024 – 31 de diciembre de 2024

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

Cómo comunicarse con nosotros:

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

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

O visite nuestro sitio web:
healthchoicepathway.com

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

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

¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en BCBSAZ Health Choice Pathway, debe ser elegible para la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y en el sistema Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), y vivir en nuestra

área de servicio. Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Apache, Coconino, Gila, Maricopa, Mohave, Navajo, Pinal y Yavapai.

¿Qué cubrimos?

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

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

BCBSAZ Health Choice Pathway cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores fuera de 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 del plan en nuestro sitio web, **healthchoicepathway.com**, o puede llamarnos y le enviaremos una copia de los directorios de proveedores y farmacias y/o del formulario.

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

Tiene distintas opciones para obtener sus beneficios de Medicare:

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

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

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

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

Si desea comparar nuestro plan con otros planes de salud de Medicare, solicite a los otros planes los folletos 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 manual "Medicare y usted" actual. Consúltelo en línea, en <http://www.medicare.gov>, u obtenga una copia 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**.

BCBSAZ 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 BCBSAZ Health Choice Pathway (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

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

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

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

Cuadro del Resumen de beneficios de BCBSAZ Health Choice Pathway para 2024

Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted paga \$0. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel de Ayuda Adicional que reciba.

Prima mensual, deducibles y límites	
Prima mensual del plan de salud	\$0 o \$43.20 según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Deducible	Este plan no tiene deducible.
Responsabilidad máxima por gastos de bolsillo (no incluye medicamentos recetados)	Si pierde su elegibilidad para AHCCCS, el monto máximo anual que pagará en BCBSAZ Health Choice Pathway (su monto máximo de gastos de bolsillo) es \$7,550. Si esto ocurre y usted paga el monto máximo de gastos de bolsillo completo, pagaremos todos los servicios de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados

Es posible que se requiera autorización previa	<p>Usted paga \$0 por los primeros 90 días de hospitalización por período de beneficios.</p> <p>Nuestra póliza también cubre 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que le otorgamos. Si su hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de usar estos días extra. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red.</p>
--	--

Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios

Atención ambulatoria en hospital Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Servicios de observación ambulatoria en hospital Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Centro de cirugía ambulatoria Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Visitas al médico	
Servicios de proveedores de atención primaria	Copago de \$0
Servicios de médicos especialistas Es posible que se requiera autorización previa para el manejo del dolor	Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Atención preventiva

Asesoría relacionada con la prevención del consumo de tabaco
Capacitación para el automanejo de la diabetes
Detección anual del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis y asesoría para su detección
Detección de consumo de alcohol y asesoría al respecto
Detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoría conductual de alta intensidad para prevenir ETS
Detección de glaucoma
Detección de la depresión
Detección de la diabetes
Detección del cáncer de cuello uterino con pruebas para detectar el virus del papiloma humano (VPH)
Detección del cáncer de próstata
Detección del virus de la hepatitis B
Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
Detección y pruebas de cáncer colorrectal
ECG después de la visita de bienvenida
Enemas de bario
Examen físico preventivo inicial (IPPE)
Examen rectal digital
Exámenes pélvicos de detección (incluye exámenes mamarios clínicos)
Mamografía de detección
Mediciones de masa ósea (densidad ósea)
Papanicolaou de detección
Programa de Prevención de Diabetes de Medicare
Prueba de detección del virus de la hepatitis C
Pruebas de biomarcadores en sangre
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares
Servicios preventivos prolongados
Terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular
Terapia conductual intensiva para la obesidad y su detección
Terapia de nutrición médica
Ultrasonido de detección de aneurisma aórtico abdominal
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la influenza
Vacuna y administración de la vacuna contra la COVID-19
Vacuna y administración de la vacuna neumocócica
Visita anual de bienestar

Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos	
Servicios de atención de emergencia	
Atención de emergencia	Copago de \$0 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare
Servicios de urgencia	
Atención de urgencia	Copago de \$0 para los servicios de urgencia cubiertos por Medicare
Servicios de diagnóstico/Análisis de laboratorio/Servicios de laboratorio de imágenes	
Pruebas y procedimientos de diagnóstico Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Servicios de laboratorio Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Radiología diagnóstica (p. ej., IRM, TC) Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
Radiografías ambulatorias	Copago de \$0
Radiología terapéutica Es posible que se requiera autorización previa	Copago de \$0
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
Examen de audición de rutina (Beneficio complementario)	Copago de \$0 Un examen por año
Ajuste de audífonos y audífonos (Beneficio complementario)	Copago de \$0 para ajuste de audífonos una vez al año Copago de \$0 para audífonos Asignación máxima de beneficios de \$2,500 por año para audífonos; ambos oídos combinados
Servicios dentales	
Servicios dentales cubiertos por Medicare La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) pagará por ciertos servicios dentales que usted recibe cuando está en un hospital. La Parte A puede pagar la atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales de emergencia o complejos, incluso si la atención dental no está cubierta.	Copago de \$0

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Servicios dentales (continuación)

Servicios dentales preventivos e integrales (beneficio complementario)

Servicios preventivos, que incluyen los siguientes:

- Un tratamiento con flúor por año
- Dos exámenes bucales por año
- Dos servicios de profilaxis (limpiezas) por año, uno cada 6 meses
- Dos radiografías dentales por año, que incluyen las siguientes:
 - Una radiografía interproximal o radiografía simple, o
 - Una radiografía completa de toda la boca (FMX) o radiografía panorámica. Solo se permite una radiografía completa/ panorámica cada 36 meses

Servicios integrales, que incluyen los siguientes:

- Servicios que no son de rutina
- Servicios de diagnóstico
- Servicios de restauración
- Servicios de endodoncia
- Servicios de periodoncia
- Servicios de extracciones
- Dentaduras postizas
 - Se cubren una vez cada cinco años
 - Hasta cuatro ajustes por año

Copago de \$0 para los servicios dentales integrales y preventivos cubiertos

Los servicios preventivos no tienen un monto máximo

Asignación máxima de beneficios de \$4,000 por año calendario para los servicios dentales integrales

Servicios de la vista

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

Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas

Copago de \$0

Examen de la vista de rutina (refracción ocular) (Beneficio complementario)

Copago de \$0
Uno por año

Anteojos (Beneficio complementario)

Copago de \$0
Nuestro plan paga hasta una asignación máxima de beneficios de \$450 por año para anteojos ilimitados

- Lentes de contacto
- Anteojos (armazones y lentes)

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Flex Card para servicios dentales, de la vista y de la audición

Nuestro plan brinda una tarjeta de débito Visa® prepaga para ayudar a reducir sus gastos de bolsillo por servicios dentales, de la vista y de la audición. Con un límite anual de \$1,000, puede distribuir el dinero de sus beneficios entre estos servicios según lo necesite. Todo el dinero de sus beneficios sin usar vencerá al final del año. Es importante tener en cuenta que este beneficio no reemplaza a los beneficios complementarios dentales, de la vista o de la audición, sino que es una manera de compensar ciertos gastos.

Para garantizar la cobertura, reciba los servicios complementarios dentales, de la vista y de la audición de parte de un proveedor participante del plan.

Copago de \$0 para la cobertura dental, de la vista y de la audición adicional.

Asignación máxima de beneficios de \$1,000 por año

Servicios de salud mental

Hospitalización psiquiátrica

Es posible que se requiera autorización previa

Usted paga \$0 por los primeros 90 días de hospitalización por período de beneficios.

Nuestra póliza también cubre 60 días de reserva de por vida, los cuales son días adicionales que le otorgamos. Si su hospitalización supera los 90 días por período de beneficios, tiene la opción de usar estos días extra. Luego de utilizar estos 60 días adicionales, su cobertura para hospitalizaciones se restringirá a 90 días por cada período de beneficios. Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red, una vez estabilizado su cuadro de emergencia, el monto que le corresponde pagar es el costo compartido que usted pagaría en un hospital dentro de la red.

Visita de terapia individual/grupal ambulatoria

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

Copago de \$0

Servicios de sangre ambulatorios

Copago de \$0

Tres (3) pintas de sangre sin deducible.

La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.

Beneficios médicos y hospitalarios cubiertos

Centro de enfermería especializada

Es posible que se requiera autorización previa	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF), del día 1 al día 100. A partir del día 101: todos los costos.
--	--

Rehabilitación ambulatoria

Servicios de fisioterapia y terapia del habla

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Rehabilitación cardíaca y pulmonar

Copago de \$0

Terapia de ejercicios supervisados (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 para el programa de SET.

Copago de \$0

Servicios de terapia ocupacional

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Ambulancia

Se requiere autorización previa solo para transporte en ambulancia que no sea de emergencia

Copago de \$0 para servicios de transporte en ambulancia terrestre y aérea

Transporte

Este beneficio está disponible para ayudarlo a obtener atención y servicios médicamente necesarios.

Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- Servicio de puerta a puerta
- Furgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitud
- Cada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida; un viaje de ida y vuelta se considera dos traslados

Los servicios cubiertos no incluyen los siguientes:

- Transporte en ambulancia

Copago de \$0

48 viajes de ida hacia o desde una ubicación aprobada por año

Beneficios de medicamentos recetados

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos de quimioterapia/radiación

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Otros medicamentos de la Parte B de Medicare

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Medicamentos de la Parte B de Medicare: Terapia escalonada

La terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B puede requerir hacer una prueba con un medicamento de la Parte B o de la Parte D.

Beneficio de la Parte D

Solo cubierto por Medicare

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

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

Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días; costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días).	Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días; costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días).
Copago de \$0	Copago de \$0
Si no recibe Ayuda Adicional o pierde su elegibilidad para el subsidio por bajos ingresos (LIS), el monto que paga cambiará a los niveles de Medicare Original. Los montos de estos copagos corresponden solo a las farmacias dentro de la red. Puede obtener sus medicamentos en farmacias minoristas y de pedido por correo dentro de la red. Es posible que pueda obtener un suministro de su receta para 100 días (si corresponde a su medicamento).	

Si ha alcanzado los \$5,030 en costos totales de medicamentos, pasará a la siguiente etapa (etapa de falta de cobertura). Generalmente, permanece en esta etapa hasta que el monto de sus "gastos de bolsillo" del año hasta la fecha alcanza los \$8,000. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica. Etapa de cobertura catastrófica: En esta etapa, BCBSAZ Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 31/12/2024. El 1/1/2025, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por las vacunas

El plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina

No pagará más de \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto por el plan.

Beneficios adicionales cubiertos

Servicios para el tratamiento de enfermedades renales

• Servicios de educación sobre la enfermedad renal	Copago de \$0
• Servicios de diálisis	Copago de \$0
• Equipo y suministros para diálisis en el hogar	

Examen físico anual (complementario)

El examen físico anual de rutina es un examen físico integral que incluye una recopilación de los antecedentes médicos y también puede incluir cualquiera de los siguientes: signos vitales, observación del aspecto general, examen de cabeza y cuello, examen de corazón y pulmones, examen abdominal, examen neurológico, examen dermatológico y examen de extremidades. La cobertura de este beneficio no cubierto por Medicare es adicional a la visita de bienestar anual cubierta por Medicare y a la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	Copago de \$0
---	---------------

Servicios quiroprácticos

Cubierto por Medicare

Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral se salen de su posición)

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Atención de rutina (complementario)

Este beneficio es adicional al servicio de quiropráctica cubierto por Medicare. Cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, radiografías, terapia de manipulación quiropráctica, modalidades, procedimientos terapéuticos y rehabilitación física para afecciones musculoesqueléticas de la columna vertebral y las extremidades. A los servicios quiroprácticos los brinda un médico en quiropraxia (DC, "quiropráctico"). Los servicios quiroprácticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Copago de \$0 para 12 visitas por año

Acupuntura (complementario)

Este beneficio es adicional al servicio de acupuntura cubierto por Medicare. El beneficio incluye la cobertura complementaria para evaluación y tratamiento, acupuntura y acupresión, modalidades y procedimientos terapéuticos para el tratamiento del dolor, afecciones musculoesqueléticas y náuseas que no están cubiertos por los beneficios requeridos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los servicios de acupuntura son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Copago de \$0 para 12 tratamientos por año

Beneficios adicionales cubiertos

Masajes terapéuticos (complementario)

Cobertura complementaria para masajes terapéuticos, incluidos la evaluación, el masaje o el trabajo de tejidos blandos para el tratamiento de afecciones miofasciales, lesiones musculoesqueléticas y dolores. Los servicios de masajes terapéuticos están a cargo de proveedores de masajes autorizados, incluidos masajistas autorizados (LMT), y también de fisioterapeutas. Los servicios de masajes terapéuticos son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Copago de \$0 para 6 visitas por año

Atención médica domiciliaria

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Servicios del programa de tratamiento con opioides (OTPS)

- Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) para tratamientos y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde
- Asesoramiento sobre el consumo de sustancias
- Terapia individual y grupal
- Prueba toxicológica

Copago de \$0

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Examen y tratamiento de los pies cubiertos por Medicare

Exámenes y tratamiento de los pies si presenta daño en los nervios causado por la diabetes y/o si reúne las condiciones

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Podiatría/Cuidado de rutina de los pies (complementario)

Este beneficio es adicional al servicio de podiatría cubierto por Medicare. Incluye la cobertura de beneficios complementarios para servicios clínicos preventivos para la piel y las uñas de los pies, como la eliminación de callos y durezas, el corte de uñas y la higiene preventiva de los pies. Los servicios de cuidado de rutina de los pies son proporcionados por un médico en podiatría (DPM, "podiatra"). Los servicios de podiatría son proporcionados por proveedores participantes de American Specialty Health (ASH).

Copago de \$0 para 6 visitas por año

Equipos/suministros médicos

Equipo médico duradero (DME) (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Prótesis/suministros médicos

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0

Suministros y servicios para diabéticos

La autorización previa se aplica solo a las bombas de insulina y no a los suministros habituales (lancetas, tiras reactivas)

Copago de \$0

Calzado o plantillas terapéuticos para personas con diabetes

Copago de \$0

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Membresía de acondicionamiento físico

Copago de \$0 para acondicionamiento físico, acondicionamiento de la memoria y rastreador de actividad.

SilverSneakers® puede ayudarlo a tener una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y las relaciones sociales. Su cobertura incluye un beneficio de acondicionamiento físico en SilverSneakers, tanto en línea como en los lugares participantes.⁽¹⁾ Tiene acceso a una red nacional de lugares participantes donde puede tomar clases⁽²⁾ y usar los equipos para hacer ejercicio y otras instalaciones. Inscribese en todos los lugares que quiera, cuando quiera. También tiene acceso a profesores que dictan clases grupales de ejercicio especialmente planeadas de forma presencial o virtual los siete días de la semana. Además, la comunidad SilverSneakers le ofrece opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales, en centros de recreación, parques y otros lugares del vecindario.

Siempre consulte con su médico antes de empezar un programa de ejercicio.

SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y recursos en línea a través de sus clases EN VIVO, sus vídeos a pedido y GO, su aplicación móvil. Active su cuenta gratuita en línea en **SilverSneakers.com** para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y todas las herramientas de los programas que están disponibles para usted sin costo adicional. Si tiene otras preguntas, ingrese a **SilverSneakers.com** o llame al **1-888-423-4632, TTY: 711**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET).

¹ Los lugares participantes ("PL") no son propiedad de Tivity Health, Inc. o sus filiales ni son dirigidos por ellas. El uso de los servicios y las instalaciones de los PL está limitado por los términos y condiciones de la membresía básica del PL en cuestión. Los servicios y las instalaciones de los PL varían.

² La membresía incluye las clases grupales de acondicionamiento físico dictadas por un profesor de SilverSneakers. Algunos lugares les ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según el lugar.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Tarjeta para alimentos saludables y productos de venta libre (OTC)

Puede usar su asignación trimestral para comprar artículos OTC y alimentos saludables en tiendas minoristas participantes y en línea. Para comprar artículos OTC, también tiene la opción de usar el catálogo OTC.

Copago de \$0 para la asignación trimestral de \$600 combinada para la compra de artículos OTC y de alimentos y productos saludables.

Con este beneficio, cada trimestre se le cargará crédito en su tarjeta de débito Visa para comprar provisiones y artículos OTC cubiertos.

Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:

- Alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, mariscos y pescados, productos lácteos y agua, entre otros.
- Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta de dientes y pastillas para la tos, entre otros.

Si no se utiliza, el monto máximo de cobertura para los beneficios del plan se transfiere al trimestre siguiente; sin embargo, vencerá el trimestre siguiente si sigue sin utilizarse. La suma transferida se aplicará antes del monto del beneficio del período actual.

Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Cualquier monto de beneficios del cuarto trimestre (octubre, noviembre y diciembre) que no se haya usado no se transferirá al siguiente año del plan.

Tarjeta para alimentos saludables y productos de venta libre (OTC)

Puede usar su asignación trimestral para comprar artículos OTC y alimentos saludables en tiendas minoristas participantes y en línea. Para comprar artículos OTC, también tiene la opción de usar el catálogo OTC.

Copago de \$0 para la asignación trimestral de \$600 combinada para la compra de artículos OTC y de alimentos y productos saludables.

Con este beneficio, cada trimestre se le cargará crédito en su tarjeta de débito Visa para comprar provisiones y artículos OTC cubiertos.

Los artículos cubiertos incluyen los siguientes:

- Alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, mariscos y pescados, productos lácteos y agua, entre otros.
- Productos OTC de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, pasta de dientes y pastillas para la tos, entre otros.

Si no se utiliza, el monto máximo de cobertura para los beneficios del plan se transfiere al trimestre siguiente; sin embargo, vencerá el trimestre siguiente si sigue sin utilizarse. La suma transferida se aplicará antes del monto del beneficio del período actual.

Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Cualquier monto de beneficios del cuarto trimestre (octubre, noviembre y diciembre) que no se haya usado no se transferirá al siguiente año del plan.

Beneficios adicionales cubiertos

Beneficios adicionales complementarios

Beneficio de comidas

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0 para un máximo de 140 comidas en total.

Comidas tras una hospitalización aguda: En el caso de los miembros que reciban el alta de un centro de hospitalización (hospital, centro de enfermería especializada o rehabilitación con hospitalización), el plan proporcionará un máximo de 2 comidas por día durante 35 días, con un total de 70 comidas.

Comidas para pacientes con afecciones crónicas: Los miembros que estén en un plan de manejo de la enfermedad y tengan una afección crónica aprobada por el plan pueden ser elegibles para recibir comidas saludables. Entre las afecciones crónicas elegibles se incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la diabetes (DM).

Puede recibir un máximo de 2 comidas saludables por día hasta por 35 días, con un máximo de 70 comidas.

Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas: 1-888-267-9037

Acceso a personal de enfermería certificado las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Copago de \$0

Servicios de apoyo en el hogar

Es posible que se requiera autorización previa

Copago de \$0 para los servicios de apoyo en el hogar.

Los miembros tienen acceso a servicios de apoyo en el hogar, que incluyen limpieza, tareas domésticas, preparación de comidas, trámites/recados, trabajos de jardinería livianos y asistencia con otras actividades instrumentales de la vida diaria.

Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.

Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño

Copago de \$0 para las modificaciones y los dispositivos de seguridad para el hogar y el baño.

Este beneficio incluye modificaciones temporales en el hogar, como rampas y la colocación de barrales de agarre y barras de seguridad en la ducha.

Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.

Asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo)

Copago de \$0 para la asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo).

Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.

Beneficios adicionales cubiertos

Sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS)

Copago de \$0

El sistema de respuesta ante emergencias personales (PERS), también conocido como "sistema de alertas médicas", brinda un monitoreo continuo, tanto móvil como en el domicilio, a personas de edad avanzada y en riesgo.

El PERS les permite a los miembros llamar para recibir asistencia las 24 horas, los 7 días de la semana, desde su casa o fuera de ella.

- Los miembros se comunican de inmediato con operadores profesionalmente capacitados, que, con rapidez, evalúan la naturaleza de la llamada y coordinan la asistencia adecuada.
- Un miembro que tiene una emergencia médica pulsa un botón para hablar con un operador, quien inmediatamente coordina el envío de ayuda de emergencia.

Beneficios complementarios especiales para las personas con enfermedades crónicas

Servicios de tecnología de acceso remoto

Copago de \$0

Los médicos tienen la capacidad de controlar a la distancia la presión sanguínea, el peso y la glucosa, según sea necesario, lo que permite una identificación en tiempo real de afecciones como presión sanguínea alta o azúcar en la sangre elevada.

Los servicios prestados dependerán de las necesidades específicas del miembro y del plan de atención elaborado con su familia.

- Los dispositivos de salud conectados y las tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM) se utilizan junto con la intervención de un médico de atención primaria (PCP) o un especialista.
- Los dispositivos de salud conectados permiten que los médicos lo controlen a la distancia, sin que tenga que asistir a citas presenciales.

Los equipos de tecnología de acceso remoto pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- Tensiómetros
- Básculas
- Medidores de glucosa no cubiertos por Medicare

Para calificar para este beneficio, debe involucrarse de manera activa en la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Diabetes
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/ COVID prolongado

Beneficios adicionales cubiertos

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

Apoyos generales para vivir: Flex Card para apoyos de transición como alojamiento/ servicios públicos

Si cumple con los requisitos de elegibilidad, nuestro plan proporciona una tarjeta de débito Visa® prepaga con un límite anual máximo de \$1,000. Esta tarjeta está diseñada para asistir con la cobertura de gastos de alojamiento posteriores a la hospitalización de un paciente elegible y/o con el pago de servicios públicos específicos, como electricidad, gas, servicios sanitarios, agua y/o teléfono.

Para calificar para este beneficio, debe involucrarse de manera activa en la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:

- Complicaciones por prediabetes o diabetes
- Hospitalización reciente por diabetes o por un problema médico que se agravó por la prediabetes o la diabetes

Todo el dinero de beneficios sin usar de Flex Card vencerá al final del año. Es importante tener en cuenta que, si usted es elegible para el beneficio de Flex Card para alojamiento y servicios públicos, no recibirá otra tarjeta de débito Visa® prepaga por correo. En lugar de eso, el dinero de beneficios de alojamiento y servicios públicos se agregará automáticamente a la tarjeta de débito Visa® prepaga que recibió como parte del programa Flex Card.

Los fondos son para alojamientos temporales luego de una hospitalización que califique; no son una ayuda para pagar el alquiler o la hipoteca.

Si cree que cumple con los requisitos y no ha recibido su tarjeta Visa® Flex Card prepaga o desea obtener más información sobre este beneficio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **healthchoicepathway.com**.

Por último, tenga en cuenta que este beneficio es para su uso exclusivo; no se puede vender ni transferir y no tiene valor en efectivo.

Beneficios adicionales cubiertos

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

Reparaciones en el hogar

Copago de \$0 para las reparaciones en el hogar.

Este beneficio incluirá la ampliación de pasillos o entradas y la colocación de rampas de movilidad permanentes y picaportes y grifos de uso sencillo.

Para calificar para este beneficio, debe involucrarse de manera activa en la administración de la atención de BCBSAZ Health Choice Pathway y tener una o más de las siguientes afecciones crónicas que califican:

- Insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Diabetes
- Secuelas posagudas de la infección por SARS CoV-2 (PASC)/ COVID prolongado

Usted tiene una asignación máxima anual de \$900 combinada entre servicios de apoyo en el hogar, modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño, asistencia para los cuidadores de personas inscritas (servicios de relevo) y reparaciones en el hogar.

Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

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

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

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

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

Si usted es beneficiario de QMB o QMB-plus:

Tiene un costo compartido de \$0, excepto por los copagos para medicamentos recetados

de la Parte D, siempre que permanezca como miembro QMB o QMB+.

Si usted es beneficiario de SLMB-plus o FBDE:

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

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

Cambios en la elegibilidad:

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

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

Si ya no reúne las condiciones para recibir AHCCCS (Medicaid), es posible que se cancele su inscripción al plan de forma involuntaria. La agencia de Medicaid de su estado le enviará una notificación sobre su pérdida de cobertura de AHCCCS (Medicaid) o sobre el cambio en la categoría de AHCCCS (Medicaid). También podemos comunicarnos con usted para recordarle que vuelva a solicitar la cobertura de Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cuando cambie su dirección postal y/o su número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de AHCCCS (Medicaid), consulte su manual del miembro de Medicaid u otros documentos de Medicaid de su estado para obtener información detallada y completa sobre sus beneficios, limitaciones, restricciones y exclusiones de AHCCCS (Medicaid). En su estado, puede comunicarse 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 AHCCCS (Medicaid). El cuadro se aplica solamente si usted tiene derecho a recibir los beneficios del programa de Medicaid de su estado. Su costo compartido varía según su categoría de AHCCCS (Medicaid).

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

Los programas de cuidado agudo de Medicaid incluyen AHCCCS Complete Care (ACC), ACC Regional Behavioral Health Agreements (ACC-RBHA) y el Plan de Salud Integral del Departamento de Seguridad Infantil de Mercy Care (Mercy Care DCS CHP). En los programas de Medicaid de atención a largo plazo se incluyen ancianos y discapacitados físicos (E-PD) y la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

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

Cuadro de los beneficios cubiertos por Medicaid		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
Información importante		
Información sobre primas y otra información importante Si recibe Ayuda Adicional de Medicare, la prima mensual de su plan será inferior o podría no pagar nada.	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).	La asistencia de Medicaid con los pagos de primas y costos compartidos puede variar según su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Elección de médicos y hospitales (Para obtener más información, consulte los servicios de Atención de emergencia y Atención de urgencia).	Debe ir a médicos, especialistas y hospitales que acepten la asignación de Medicaid. Se requiere derivación a los especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.	Debe ir a médicos, especialistas y hospitales que acepten la asignación de Medicaid. Se requiere derivación a los especialistas de la red a fin de recibir ciertos beneficios.

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
Atención hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados	Copago de \$0	Copago de \$0
Hospitalización para atención de salud conductual	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de centros de enfermería	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de ambulancia (Servicios de ambulancia médicamente necesarios)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visita al centro de cirugía ambulatoria o al centro hospitalario para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$3 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años.
Servicios cubiertos por Medicare, incluidas la visita de atención quiropráctica, la administración de casos crónicos/complejos, etc.	Copago de \$0	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Servicios dentales de emergencia para adultos	Copago de \$0 Para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 Para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Capacitación y suministros para el autocontrol de la diabetes (cuando se proporcionan como parte de una visita al PCP)	Copago de \$0	Copago de \$0

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo

	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
Servicios de atención ambulatoria		
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas al consultorio del médico: visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y al médico especialista	Copago de \$0	Copago de \$0 para visitas de bienestar y de \$0 a \$4 para otras visitas, según la elegibilidad, para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años.
Pruebas de diagnóstico, radiografías y servicios de laboratorio (incluidos los servicios de pruebas y diagnóstico de COVID-19)	Copago de \$0	Copago de \$0
Visitas al consultorio del médico: visitas al proveedor de atención primaria (PCP) y al médico especialista	Copago de \$0	Copago de \$0 para visitas de bienestar y de \$0 a \$4 para otras visitas, según la elegibilidad, para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años.
Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Copago de \$0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.	Copago de \$0 Cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y médicamente necesarios.
Atención de emergencia (puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia)	Copago de \$0	Copago de \$0
Exámenes de audición, pruebas de audición de rutina y evaluaciones para ajuste de audífonos	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.
Audífonos	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo

	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
Servicios de atención ambulatoria		
Servicios de salud a domicilio (como servicios de enfermería, asistente de salud a domicilio y terapia)	Copago de \$0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.	Copago de \$0 Cubre los servicios de salud a domicilio médicamente necesarios dentro de ciertos límites.
Visita de atención de salud conductual para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0
Terapia ocupacional, fisioterapia/terapia del habla para pacientes ambulatorios	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$3 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años.
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de podiatría	Copago de \$0	Copago de \$0
Prótesis (incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Copago de \$0	Copago de \$0 Extremidades o articulaciones inferiores controladas por microprocesador sin cobertura para mayores de 21 años.
Transporte médicamente necesario que no sea de emergencia	Copago de \$0	Copago de \$0
Servicios de urgencia	Copago de \$0	Copago de \$0 a \$4 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años.
Servicios de la vista, examen de la vista de rutina, anteojos, lentes de contacto, lentes y armazones	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años, a menos que sea después de una cirugía de cataratas.	Copago de \$0 para menores de 20 años. Sin cobertura para mayores de 21 años.

Programas de Medicaid de cuidado agudo y atención a largo plazo		
	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Con elegibilidad doble de QMB – Usted paga:	Como beneficiario de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) – Sin elegibilidad doble de QMB – Usted paga:
Servicios de atención ambulatoria		
Diálisis renal o terapia nutricional para la enfermedad renal en etapa terminal	Copago de \$0	Copago de \$0
Beneficios de medicamentos recetados		
Medicamentos recetados	Copago de \$0 Para medicamentos no elegibles para el pago bajo la Parte D de Medicare.	Copago de \$0 a \$2.30 según la elegibilidad para mayores de 21 años. Copago de \$0 para menores de 20 años. Para medicamentos no elegibles para el pago bajo la Parte D de Medicare.
Servicios preventivos		
Incluyen vacunas contra la gripe, la COVID-19 y la neumonía; mamografía de detección; prueba de Papanicolaou y examen pélvico; detección de cáncer de próstata y detección de cáncer colorrectal.	Copago de \$0	Copago de \$0
Solo programas de Medicaid de atención a largo plazo		
Servicios de relevo	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 Sujeto a un límite de 600 horas por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.
Servicios de centros de enfermería	Contribución del miembro establecida por AHCCCS.	Contribución del miembro establecida por AHCCCS.
Servicios comunitarios y en el hogar	Contribución del miembro establecida por AHCCCS.	Contribución del miembro establecida por AHCCCS.
Servicios dentales preventivos para adultos Además de los servicios dentales de emergencia para adultos descritos anteriormente.	Copago de \$0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.	Copago de \$0 para mayores de 21 años. Servicios sujetos a un límite de \$1,000 por cada período de 12 meses a partir del 1 de octubre de cada año.

Glosario de términos

Autorización previa

Aprobación por adelantado para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el cuadro de beneficios médicos del capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el formulario.

Ayuda Adicional

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)

La agencia federal que administra Medicare.

Copago

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

Coseguro

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

Costo compartido

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

un medicamento o servicio, que el plan le exige pagar al recibir un medicamento o servicio específicos.

Deducible

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

Monto máximo de gastos de bolsillo

El monto más alto que paga como costo de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no se toman en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo.

Si es elegible para recibir asistencia para los costos compartidos de Medicare conforme a AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable de pagar ningún costo de bolsillo para alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de AHCCCS [Medicaid], muy pocos miembros alcanzan alguna vez este monto máximo de gastos de bolsillo).

Medicaid (AHCCCS o Asistencia Médica)

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

Medicamentos de la Parte D

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

Glosario de términos

Medicare

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

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare “de pago por servicio”)

Medicare Original es ofrecido por el Gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados.

Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso para médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare y debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya.

Medicare Original tiene dos partes: Parte A (seguro de hospital) y Parte B (seguro médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Parte C

Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D

El programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Plan de necesidades especiales

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

Plan Medicare Advantage (MA)

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

Prima

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

Notice of Non-Discrimination

In Compliance with Section 1557 of the Affordable Care Act



Health
Choice

Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) Health Choice Pathway (HMO D-SNP) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). BCBSAZ Health Choice Pathway does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity).

BCBSAZ Health Choice Pathway:

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

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

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

- Qualified interpreters
- Information written in other languages

If you need these services, contact:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Address: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991, TTY: 711

8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week

Fax: 480-760-4739

Email: HCHComments@azblue.com

If you believe that BCBSAZ Health Choice Pathway has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), you can file a grievance by mail, fax, or email to:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Address: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Phone: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Email: HCH.GrievanceForms@azblue.com

You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Grievance Manager/Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at

hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

BCBSAZ Health Choice Pathway is a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ), an independent licensee of the Blue Cross Blue Shield Association.

H5587_D35619PY24_C

Aviso de No Discriminación

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



Health
Choice

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

BCBSAZ Health Choice Pathway:

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

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991, TTY: 711

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

Fax: 480-760-4739

Correo electrónico: HCHComments@azblue.com

Si considera que BCBSAZ Health Choice Pathway no ha logrado prestar estos servicios o ha discriminado de algún otro modo a una persona por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico:

BCBSAZ Health Choice Pathway

Dirección: PO Box 52033

Phoenix, AZ 85072

Teléfono: 1-800-656-8991

Fax: 480-760-4739

TTY: 711

Correo electrónico:

HCH.GrievanceForms@azblue.com

Puede presentar una queja formal por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el administrador de quejas formales/coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación a los derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. de forma electrónica a través de su Portal de quejas, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en

hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/index.html.

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

H5587_D35619PY24_C

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-656-8991**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-656-8991**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Navajo: T'áá hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí nihinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąqah na'ídikid nee hólóqogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hóló. Ata' halne'í ta' yíníkeedg kohjí **1-800-656-8991** nihich'í' hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yáfti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

Chinese Mandarin: 我们提供免费^的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险^的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-800-656-8991**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项^{免费}服务。

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

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-656-8991**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-656-8991**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-656-8991** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-656-8991**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-656-8991** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Multi-language Interpreter Services



Health
Choice

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-656-8991**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات للمترجم الفوري للمجانية للإجابة عن أي سئلة تتعلق بالصحة وأ جدول لأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، بمساعدتك. هذه خدمة مجانية. سيقوم شخص ما يتحدث العربية **1-800-656-8991** ليسع ليك سوى الاتصال بنظ لي.

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

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

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

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

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

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

¿Preguntas sobre nuestros beneficios?

Llame al Departamento de Servicios para Miembros:

1-800-656-8991, TTY: 711

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

HCHComments@azblue.com

Visite nuestro sitio web en:

HealthChoicePathway.com



**BlueCross
BlueShield**
Arizona

An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

**Health
Choice**