

Step Therapy Criteria Grid

Certain cost-effective drugs must be used before other more expensive drugs are covered. For example, certain brand-name medications will only be covered if a generic alternative has been tried first.

Criterios de terapia escalonada

Se deben utilizar medicamentos genéricos antes de que se cubran otros medicamentos más caros. Por ejemplo, ciertos medicamentos de marca registrada solo estarán cubiertos si primero se ha probado su alternativa genérica.

Step Therapy Criteria

Step Therapy Group

Drug Names

Step Therapy Criteria

PPI

ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM

Coverage will be provided if two of the following generic alternatives: omeprazole capsules, pantoprazole tablets, or lansoprazole capsules have been tried (at least a 30 day supply in the prior 180 days).

Step Therapy Group

Drug Names

Step Therapy Criteria

URINARY ANTISPASMODICS

TOLTERODINE TARTRATE, TOLTERODINE TARTRATE ER

Coverage will be provided if fesoterodine, mirabegron, oxybutynin, oxybutynin extended-release, solifenacin tablets, or trospium immediate-release has been tried (at least a 30-day supply in the prior 180 days).

Notice of Non-Discrimination



Health
Choice

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 a subsidiary of Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Aviso de No Discriminación



Health
Choice

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 subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona.

Multi-Language Interpreter Services



Health
Choice

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 yáníl'ti' dago dóo saad náána' la' bee yáníl'ti'go, saad bee ata' hane', t'áá 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 हन्दिी बोलते हैं, तो आपके लएि भाषा सहायता सेवाएं नःशुल्क उपलब्ध हैं। **1-800-656-8991 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

