



Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

2022 Resumen de beneficios

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



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

Health
Choice

Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Resumen de beneficios

1 de enero de 2022 – 31 de diciembre de 2022

Información Sobre Health Choice Pathway (HMO D-SNP)

Cómo comunicarse 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: **healthchoicepathway.com**

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

Este folleto le brinda un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted debe pagar. No enumera todos los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura". Puede acceder a nuestra EOC en nuestro sitio web **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 suplementarios además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D. Algunos de los beneficios adicionales se detallan en este folleto. Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos los medicamentos de la Parte B, como medicamentos de quimioterapia y algunos medicamentos administrados por su proveedor. Puede consultar el formulario completo del plan (lista de medicamentos recetados de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web **healthchoicepathway.com**, o puede llamarnos y le enviaremos una copia del formulario.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

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

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

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

Tiene opciones sobre cómo obtener sus beneficios de Medicare:

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

Otra opción es obtener sus beneficios de Medicare al inscribirse en un plan de salud de Medicare, como 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 **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 con un contrato con Medicare y un contrato 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 subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® de 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 2022

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

Prima Mensual, Deducibles y Límites

Prima mensual del plan de salud	\$0 o \$40.00 basado en su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid).
Deducible	\$0 o \$233 \$0 o \$99 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 gastos de bolsillo) es \$3,450. 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 de Hospitalización

Puede requerirse autorización previa Los copagos para beneficios de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o 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 usado esos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.

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

Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios

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

Días 61 a 90: copago de \$389 por día de cada período de beneficios

Día 91 en adelante: copago de \$778 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.

Cobertura de Atención Ambulatoria en Hospital

Atención ambulatoria en hospital Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
Servicios de observación ambulatoria en hospital Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo
Centro de cirugía ambulatoria Puede requerirse autorización previa	Copago de \$0 o 20% del costo

Visitas al Médico

Servicios de proveedor de atención primaria	Copago de \$0 o 20% del costo
Servicios de médicos especialistas Puede requerirse autorización previa para el tratamiento del dolor	Copago de \$0 o 20% del costo

Beneficios Médicos y Hospitalarios 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 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 glaucoma	
Detección del virus de la hepatitis B	
Detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	
Detección y asesoría en relación con el consumo de alcohol	
ECG después de la visita de bienvenida	
Ecografía de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Enemas de bario	
Examen físico preventivo inicial (IPPE)	
Examen rectal digital	
Exámenes pélvicos de detección (incluye exámenes mamarios clínicos)	
Mamografía de detección	
Mediciones de masa ósea (densidad ósea)	
Papanicolaou de detección	
Prueba de detección del virus de la hepatitis C	
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares	
Servicios preventivos prolongados	
Terapia conductual intensiva para la enfermedad cardiovascular	
Terapia conductual intensiva para la obesidad	
Terapia de nutrición médica	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la hepatitis B	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de la influenza	
Vacuna y administración de la vacuna contra el virus de COVID	
Vacuna y administración de la vacuna neumocócica	
Visita de bienestar anual	

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Servicios de Atención de Emergencia

Atención de emergencia	Copago de \$0 o 20% del costo hasta \$120 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 de diagnóstico de audición y equilibrio cubiertos por Medicare <i>Solo están cubiertos cuando su médico u otro proveedor de atención médica los solicita para saber si usted necesita tratamiento médico.</i>	Copago de \$0 o 20% del costo
--	-------------------------------

Examen de audición de rutina <i>(Beneficio suplementario)</i>	Copago de \$0 Un examen por año
---	------------------------------------

Ajuste de audífono y audífono <i>(Beneficio suplementario)</i>	Copago de \$0 Asignación máxima de beneficios de \$2,000 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 la atención hospitalaria si usted necesita procedimientos dentales de emergencia o complejos, incluso si la atención dental no está cubierta.	Copago de \$0 o 20% del costo
--	-------------------------------

Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos

Servicios Dentales

Servicios dentales preventivos e integrales (Beneficio suplementario)

Copago de \$0

Asignación máxima de beneficios de \$4,000 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 endodoncias/periodoncias/extracciones.

Dentaduras postizas cubiertas una vez cada 5 años. Hasta 4 ajustes por año.

Servicios de La Vista

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

Copago de \$0

Uno por año

Anteojos (Beneficio suplementario)

Copago de \$0

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

- Lentes de contacto
- Anteojos (marcos y lentes)

Beneficios Médicos y Hospitalarios 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 de hospital y centro de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios. Un período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando ya no recibe atención hospitalaria (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días corridos. Si acude a un hospital o 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 usado esos 60 días adicionales, su cobertura de hospitalización se limitará a 90 días.

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

Deducible de \$1,556 por cada período de beneficios

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

Días 61 a 90: copago de \$389 por día de cada período de beneficios

Día 91 en adelante: copago de \$778 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

\$0 o 20% del costo

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

Beneficios Médicos y Hospitalarios 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: copago de \$194.50 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	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.	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 solamente para transporte en ambulancia que no sea de emergencia	Copago de \$0 o 20% de coseguro por servicios de transporte terrestre y aéreo en ambulancia.
--	--

Transporte

Los servicios cubiertos incluyen:	Copago de \$0
<ul style="list-style-type: none">Servicio de puerta a puertaFurgonetas con acceso para sillas de ruedas previa solicitudCada traslado de ida no debe exceder las 50 millas. Un traslado se considera una ida, un traslado de ida y vuelta se considera dos traslados	24 traslados 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/radiación
Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Otros medicamentos de la Parte B de Medicare
Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 o 20% del costo

Medicamentos de la Parte B de Medicare – Terapia escalonada

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

Beneficios de Medicamentos Recetados

Beneficios de Medicamentos Recetados

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 por sus medicamentos y usted paga la suya. Su deducible anual es \$0 o \$99. Sus montos de costos compartidos para los medicamentos son:

	Medicamentos genéricos/tratados como genéricos, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o suministro para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)	Medicamentos de marca, por receta (farmacia minorista o de pedido por correo, suministro para 31 días o para 100 días, costos compartidos para la atención a largo plazo (LTC), suministro para 34 días.)	Estos montos de copago corresponden solo a las farmacias dentro de la red. 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 y 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.
Miembros institucionalizados	\$0	\$0	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) de hasta el 100%	\$1.35	\$4.00	
Miembros con doble elegibilidad y la totalidad de los beneficios (FBDE) con un nivel federal de pobreza (FPL) superior al 100%	\$3.95	\$9.85	
Miembros QMB/ QMB+/SLMB+ con un nivel federal de pobreza (FPL) en o inferior a 135	\$3.95	\$9.85	
Nivel federal de pobreza (FPL) inferior al 150%	15% de coseguro	15% de coseguro	El 1/1/2023, usted regresa a la etapa de cobertura inicial.

Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que el monto de sus “gastos de bolsillo” del año hasta la fecha alcanza los \$7,050. Luego, pasa directamente a la etapa de cobertura catastrófica.

Etapas de cobertura catastrófica: En esta etapa, Health Choice Pathway pagará todos los costos de sus medicamentos hasta el 12/31/2022.

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 uno o más de los huesos de su columna vertebral se salen de su posición)	Copago de \$0 o 20% del costo
---	-------------------------------

Puede requerirse autorización previa y derivación

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 |
| • Asesoramiento para el consumo 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 la diabetes o si reúne las condiciones.	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
---	-------------------------------

Suministros protésicos/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 habituales (lancetas, tiras reactivas)	Copago de \$0 o 20% del costo
--	-------------------------------

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios Suplementarios Adicionales

Las asignaciones trimestrales de artículos de venta libre (OTC) se encuentran en el catálogo de OTC. Los artículos pueden pedirse en línea o por teléfono, o pueden comprarse en la tienda.

Copago de \$0 para asignaciones de \$270 cada 3 meses

Todo monto sin usar de los beneficios se transferirá del trimestre anterior; sin embargo, expirará en el siguiente trimestre si no se usa. La suma transferida se aplicará antes del monto de los beneficios del período actual. Un miembro nunca tendrá más del doble de su beneficio para gastar en un trimestre. Tenga en cuenta que todo monto sin usar de los beneficios del 4 trimestre (octubre, noviembre y diciembre) no se transferirá al siguiente año del plan.

Beneficio de comidas
Puede requerirse autorización previa

Copago de \$0 hasta 42 comidas en total

Hasta 28 comidas por ingreso al hospital, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 14 días, inmediatamente después de una cirugía u hospitalización o por una enfermedad crónica.

Hasta 14 comidas, una vez por año calendario, 2 comidas por día durante 7 días, para miembros que estén en riesgo de hospitalización, servicios de emergencia y que tengan complicaciones con las siguientes afecciones: insuficiencia cardíaca congestiva (CHF), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) y diabetes.

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios Suplementarios Adicionales

Membresía de acondicionamiento físico

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

Programa de ejercicios y envejecimiento saludable Silver&Fit®

Este programa se ofrece a los beneficiarios elegibles de Medicare Advantage. Como miembro de Silver&Fit, usted tiene a su disposición sin costo alguno las siguientes opciones:

Programa de inicio: Al responder algunas preguntas en línea sobre sus áreas de interés, recibirá un programa personalizado para el ejercicio que elija, que incluye instrucciones sobre cómo comenzar y videos de ejercicios en línea sugeridos.

Más de 8,000 videos a pedido a través del sitio web y la biblioteca digital de aplicaciones móviles, incluido Silver&Fit Signature Series Classes®.

Membresía del centro de acondicionamiento físico: Puede visitar los centros de acondicionamiento físico o YMCA cerca de usted que participan en el programa.* Muchos centros de acondicionamiento físico participantes también pueden ofrecer clases de bajo impacto enfocadas en mejorar y aumentar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación.

Kits de acondicionamiento físico para el hogar: Usted es elegible para recibir un kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico.

Sesiones de entrenamiento para el envejecimiento saludable por teléfono con un entrenador capacitado donde puede hablar sobre temas como ejercicio, nutrición, aislamiento social y salud cerebral.

La herramienta Silver&Fit Connected™ para realizar un seguimiento de su actividad.

Recompensas, como sombreros y prendedores, por alcanzar nuevos hitos.

Clases en línea sobre el envejecimiento saludable.

Boletín trimestral en línea.

¡El programa Silver&Fit tiene Something for Everyone®!

*Los servicios no estándar que requieren una tarifa adicional no forman parte del programa Silver&Fit y no se reembolsarán.

El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit, Silver&Fit Signature Series y Silver&Fit Connected! son marcas registradas de ASH. Los centros y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios Suplementarios Especiales Para Las Personas Con Enfermedades Crónicas

Servicios de tecnología de acceso remoto

Copago de \$0

Los servicios incluyen: beneficios suplementarios especiales para las siguientes afecciones crónicas:

- Complicaciones de la insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
- Diabetes con complicaciones
- Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Complicaciones de la COVID: Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia

Los servicios prestados se basarán en la necesidad de la persona y en un plan de atención desarrollado con el miembro y su familia.

- Dispositivos de salud conectados y tecnologías de monitoreo remoto de pacientes (RPM), en asociación con la intervención de un PCP o un especialista
- Los dispositivos de salud conectados pueden permitir que los médicos le monitoreen sin tener que realizar citas presenciales. 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

Tarjeta de alimentos y productos

Copago de \$0 por una tarjeta mensual de \$25.

El monto sin usar no se transfiere a los comestibles saludables de cada mes.

Los servicios incluyen: beneficios suplementarios especiales para las siguientes afecciones crónicas:

- Complicaciones de la insuficiencia cardíaca crónica (CHF)
 - Diabetes con complicaciones
 - Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
 - Cáncer
 - Presión arterial alta
 - Trastornos digestivos
 - Trastornos alimenticios
 - Enfermedad renal
 - Obesidad
 - Determinantes sociales de la salud (SDOH)
-

Beneficios Adicionales Cubiertos

Beneficios Suplementarios Especiales Para Las Personas Con Enfermedades Crónicas

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

Copago de \$0

Servicios de telesalud

Copago de \$0

Servicios cubiertos incluidos en las visitas médicas virtuales:

- Servicios de proveedor de atención primaria
- Servicios de médicos especialistas
- Servicios de urgencia necesarios

Las visitas médicas virtuales son visitas médicas brindadas a usted fuera de los centros médicos por proveedores clínicos virtuales que usan tecnología en línea y servicios de audio/video en vivo.

Visite healthchoicepathway.com para acceder a las 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.

Usted 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 usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio mediante telesalud.

Resumen de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

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

A una persona que tiene derecho a recibir Medicare y asistencia médica de un plan de Medicaid estatal se la denomina beneficiario con “elegibilidad doble”. Como beneficiario con elegibilidad doble, sus servicios los paga primero Medicare y luego 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 o la totalidad de sus costos compartidos de Medicare (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 del 20%*. Habitualmente, su costo compartido es del 0% cuando el servicio está cubierto por Medicare y Medicaid. Además, los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios suplementarios proporcionados por Health Choice Pathway también presentan un costo compartido de \$0. En ocasiones poco frecuentes, usted pagará el 20%* cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid (consulte el cuadro a continuación en las siguientes páginas).

Nota – Los exámenes preventivos de bienestar y los beneficios suplementarios 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 comunicarnos con usted para recordarle que vuelva a solicitar cobertura de Medicaid. Por este motivo, es importante que nos informe cuando cambie su dirección o su número de teléfono.

Si actualmente tiene derecho a recibir beneficios de cobertura total o parcial de 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. Verá 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.

Para los servicios cubiertos por Medicaid, consulte el plan de AHCCCS o visite www.azahcccs.gov para obtener más información.

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 o \$40.00	La asistencia de AHCCCS (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 los servicios de 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 • Un dolor que no tiene una causa sistémica identificable (no asociado 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>	No cubierto
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.
Servicios de quiropráctica	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados menores de 21 años.
Servicios dentales	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados.
Programas y suministros para la diabetes	Cubierto	Cubierto
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	Cubierto	Cubierto
Visitas al consultorio del médico	Cubierto	Cubierto

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (PLAN ESTATAL DE MEDICAID)
Servicios de Atención Ambulatoria		
Equipo médico duradero (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) cubre equipos, accesorios y suministros médicos razonables y medicamente necesarios; dispositivos ortopédicos y dispositivos protésicos.
Atención de emergencia (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si considera razonablemente que necesita atención de emergencia.)	Cubierto	Cubierto
Servicios de audición	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años.
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.
Atención de salud mental ambulatoria	Cubierto	Cubierto – Servicios de salud del comportamiento
Servicios de rehabilitación ambulatoria (Terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje)	Cubierto	Cubierto
Atención ambulatoria para el abuso de sustancias	Cubierto	Cubierto
Artículos de venta libre	Cubierto	Cubierto AHCCCS (Medicaid) puede cubrir algunos medicamentos de venta libre, consulte la lista de medicamentos de venta libre de Health Choice Arizona para ver los productos disponibles en nuestro sitio web healthchoicepathway.com , o llame a Servicios para Miembros para solicitar una copia impresa.

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 podología	Cubierto	Cubierto
Dispositivos protésicos (Incluye aparatos ortopédicos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para algunos miembros calificados.
Servicios de transporte	Cubierto	Cubierto
Servicios de urgencia necesarios	Cubierto	Cubierto
Servicios de la vista	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) proporciona cobertura adicional para los miembros calificados menores de 21 años.
Atención Hospitalaria		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (Incluye servicios de rehabilitación y de abuso de sustancias)	Cubierto	Cubierto
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados	Cubierto	Cubierto
Centro de enfermería especializada (SNF) (En un centro de enfermería especializada certificado por Medicare)	Cubierto	AHCCCS (Medicaid) cubre los servicios médicamente necesarios en el centro de enfermería.
Servicios Preventivos		
Enfermedad y afecciones renales	Cubierto	Cubierto
Servicios preventivos que incluyen vacunas contra la gripe, vacunas contra COVID-19 y la neumonía, mamografía de detección, prueba de Papanicolaou y examen pélvico, detección de cáncer de próstata y detección de cáncer colorrectal.	Cubierto	Cubierto

Cuadro de Beneficios Cubiertos Por Medicaid

	Health Choice Pathway	Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS) (PLAN ESTATAL DE MEDICAID)
--	-----------------------	---

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 hospicio aprobado por Medicare. Es posible que deba pagar parte de los costos por medicamentos y atención de relevo.	Cubierto
----------------------------	---	----------

Beneficios de Medicamentos Recetados

Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios	Cubierto	Cubierto
---	----------	----------

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.
Servicios de intérprete para visitas médicas	Cubierto, pueden aplicarse restricciones.
Servicios de atención a largo plazo	Cubierto, pueden aplicarse restricciones. Disponible solo para personas elegibles.

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 (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity). 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).

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: HCHComments@azblue.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 (including pregnancy, sexual orientation, and gender identity), 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@azblue.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, 1-800-537-7697 (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 (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). 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).

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: HCHComments@azblue.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 (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), 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@azblue.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, 1-800-537-7697 (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.
H5587_NoticeofNonDiscrim2022_C es

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।

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:

HealthChoicePathway.com

 Danos “Me Gusta” en Facebook - Health Choice Pathway

 “Síguenos” en Twitter - HealthChoiceSNP



**Health
Choice**